5e Année. No 3. 1er Mars 1884.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 2, cours de Tournon, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIII

CE NUMÉRO CONTIENT UN SUPPLÉMENT DE 16 PAGES

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, In-8, 16 pages 1 25

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie,* in 8° 15 pages avec figures en noir .... fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic,* in-8°, 108 pages avec des figures en noir .... fr. 3 50

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaires, lingual et pharyngien.* In-8, 5 pages. 0 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix,* in 8°, 16 pages .... fr. 1 25

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille.* In-8° 24 pages 1 50

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx,* 22 pages avec des figures en noir .... fr. 1 25

E. J. Moure. — *Étude sur les Kystes du Larynx,* grand in-8° de 100 pages avec des figures en noir dans le texte .... fr. 3 50

E. J. Moure. — *Recueil clinique sur les Maladies du Larynx,* grand in-8° de 108 pages, avec figures en noir dans le texte .... fr. 3 »

H. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie,* in 8° ... fr. 1 25

H. Guinier. — *Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx,* in-8°, 17 pages .... fr. 1 25

Th. Hering. — *De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier,* in-8°, 18 pages .... fr. 1 25

Joal. — *De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie,* in-8°, 40 pages .... fr. 1 50

Schiffers. — *Contribution à l'étude du Cancer du larynx.* In-8° 20 pages. ... 1 25

Pour recevoir l'un de ces ouvrages il suffit d'en adresser le montant au Bureau de la REVUE ou à l Editeur.

à des symptômes assez sérieux, tels que : aphonie complète, accès de suffocation.

Nous comprenons combien il serait difficile d'étudier les fluxions de certaines muqueuses, bronchique, gastrique, intestinale, par exemple, que l'on ne peut explorer par la vue; mais pour la membrane vocale il n'en est pas de même. Grâce au miroir laryngien, il est aisé de constater la rougeur, le gonflement de la muqueuse; il est facile de reconnaître le début et la disparition des troubles hyperémiques.

Et cependant la plupart des auteurs français et étrangers ne se sont pas occupés de la question. Dans nos principaux traités de Pathologie interne : Valleix, Hardy et Behier, Grisolle, Jaccoud, Laveran et Teissier, Dieulafoy, pas un seul mot n'est écrit sur les fluxions nasale, pharyngée, laryngée, tandis que de longues pages sont réservées à la description des laryngites.

Dans les ouvrages spéciaux, dans les différentes monographies de nos savants spécialistes, Isambert, Moura-Bourouilhou, Fauvel, Blanc, Poyet, Cadier, Gouguenheim, E. Fournié, Moure, Coupard, Lemarchand, l'étude des fluxions laryngées a complètement été mise de côté. De même les laryngologistes anglais, Morell-Mackenzie, Doumas-Hemming entre autres, ne traitent pas ce sujet.

Quant aux Allemands, ils confondent l'inflammation et l'hyperémie des muqueuses; pour eux, ces deux états pathologiques constituent le catarrhe. Une seule et même espèce nosologique comprend la fluxion active et la laryngite aiguë.

Bœckel, dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Krishaber et Peter dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, consacrent un ou deux paragraphes, quelques lignes à peine, à l'hyperémie. Il admettent l'existence de troubles circulatoires distincts et indépendants de tout processus inflammatoire, mais ne donnent pas la moindre description de cette forme pathologique.

Mandl, dans son *Traité des maladies du larynx*, s'étend un peu plus longuement sur la congestion de l'organe de la voix; il réserve même ce chapitre particulier à l'étude

de l'hyperémie laryngée; nous trouvons cependant que la question n'est pas encore traitée avec le soin et le développement qu'elle comporte.

Nous n'avons pas nous même l'intention de faire l'histoire complète de la congestion du larynx; nous ne dirons rien de l'hyperémie *chronique*, de la variété dite *passive*, de celle qui est *secondaire*. Nous voulons seulement nous occuper de la congestion *aiguë active* et *primitive* que nous appelons *fluxion laryngée*. Sous l'influence de diverses causes déterminantes : abus du chant ou de la parole, refroidissement, action de vapeurs ou de poussières nocives, chez certains individus qui sont prédisposés par des conditions particulières, profession, tempérament, maladies générales concomitantes, il se fait une accumulation du sang dans les vaisseaux de la membrane interne du conduit vocal.

A la suite d'une irritation locale et directe, ou bien éloignée et d'ordre réflexe, le liquide sanguin arrive dans les artérioles et capillaires de la muqueuse laryngée sous une pression plus considérable; les parois vasculaires opposent une résistance insuffisante et se laissent dilater. Ses vaisseaux, devenus plus larges, reçoivent une plus grande quantité de sang, l'état congestif est constitué. Mais il n'y a pas de désordres dans la nutrition, les éléments cellulaires ne participent pas à l'irritation, les modifications survenues n'atteignent pas le degré que l'on constate dans l'inflammation.

Lorsqu'un tissu est enflammé il se produit des altérations matérielles; dès lors une réparation prompte et immédiate ne peut se faire; pour ramener la partie malade à son état primitif et normal, un travail organique qui demande un certain temps pour être achevé devient nécessaire; tandis que dans la congestion, l'équilibre dans le cours du sang une fois rétabli, les choses rentreraient aussitôt et rapidement dans l'ordre.

C'est sur ce fait que nous nous basons pour établir une différence entre les troubles de la muqueuse laryngée qui doivent être imputés à l'hyperémie, et ceux qui résultent de l'inflammation. Les phénomènes congestifs ont une durée courte et fugace; ils se dissipent au bout de quelques heures sans laisser le plus souvent aucune

trace de leur passage. Au contraire, dans les laryngites, même les plus légères, les accidents se manifestent avec plus de ténacité ; le processus morbide évolue avec moins de rapidité, deux ou trois jours au moins sont nécessaires pour que la période de résolutiontouche à sa fin, pour que les produits inflammatoires soient absorbés ou éliminés.

Suivant nous, la *fluxion laryngée* est donc un état pathologique de la muqueuse constitué par des troubles circulatoires de nature congestive. Les vaisseaux qui sillonnent la membrane sont injectés ; il y a de la rougeur et de la turgescence. Les symptômes subjectifs sont ceux produits par l'irritation et le gonflement de la muqueuse laryngée. Les phénomènes ont une apparition brusque et soudaine, leur durée est relativement courte.

Ces mouvements fluxionnaires se remarquent assez fréquemment. Comment alors s'expliquer qu'ils n'ont pas été étudiés par la plupart des médecins spécialistes? La réponse est simple. Ces congestions ont échappé à l'observation des laryngologistes, parce que les malades n'ont généralement pas recours à leurs soins pour des troubles aussi légers et aussi éphémères. Et il est probable que notre attention n'aurait pas été attirée sur ce point si nous n'avions été nous-même, à différentes reprises, atteint de fluxions laryngées.

Nos recherches ont, en outre, été favorisées par ce fait que nous pratiquons la médecine au Mont-Dore, station thermale fréquentée par les chanteurs, les avocats, les arthritiques, les phtisiques, tous gens qui sont éminemment prédisposés aux congestions actives et primitives du larynx. De plus, au Mont-Dore, le médecin est en contact continuel avec son malade, le praticien a toujours son client sous la main. Lorsque l'hyperémie est soupçonnée, l'examen laryngoscopique peut être fait immédiatement, avant que les symptômes objectifs aient disparu.

Il est à peine nécessaire de dire que pour arriver à un diagnostic certain, il faut être dans la possibilité matérielle d'observer le malade au laryngoscope dans différentes séances, à des intervalles assez rapprochés les uns des autres, et cela dès le début des accidents. Le médecin devra être en mesure d'affirmer, que la rougeur et le

gonflement de la muqueuse laryngée ont eu une apparition soudaine et se sont manifestés en même temps que les troubles de la voix, les quintes de toux, les sensations de sècheresse, de cuisson à la partie antérieure du cou. Il faudra aussi constater que l'injection du larynx est passagère; que sa durée ne dépasse pas vingt-quatre à trente-six heures.

Ces conditions particulières d'observation se présentent assez rarement dans la pratique ordinaire; l'immense majorité des malades attache une petite importance à ces rhumes courts et bénins, néglige de s'en occuper, ou les traite par les pastilles de gomme et les infusions chaudes. Il n'y a guère que les personnes dont la profession exige une intégrité parfaite de la voix : les artistes lyriques et dramatiques, les avocats, les membres du corps enseignant, qui aillent consulter les spécialistes en pareille circonstance, et alors il arrive que les accidents sont mis sur le compte d'un état inflammatoire, si le laryngoscope montre encore une injection de la muqueuse; les phénomènes sont, au contraire, attribués à des troubles nerveux, si la rougeur a disparu déjà. De toute façon, la nature hyperémique des altérations reste ignorée: l'affection de forme congestive est méconnue dans sa simplicité.

Ainsi s'explique comment nos laryngologistes les plus autorisés n'ont pas eu à observer des cas de fluxion laryngée. Pour nous qui, depuis quatre ans, poursuivons nos recherches sur ce point intéressant de la pathologie laryngée, nous avons pu retenir un certain nombre de faits sur lesquels nous allons nous appuyer pour faire la description de la congestion active aiguë et primitive du larynx.

Commençons par mettre sous les yeux du lecteur l'observation qui a servi de base à ce travail; nous sommes en possession des renseignements les plus complets, nous pouvons entrer dans les détails les plus minutieux; c'est l'observation d'un ami intime.

Observation I

X... est âgé de trente-trois ans. Forte constitution.

Comme antécédents : père rhumatisant, mère nervoso-lymphatique, morte de congestion pulmonaire.

Tempérament arthritique; à l'âge de quinze ans, maux de tête fréquents, puis épistaxis; troubles cutanés paraissant ensuite, démangeaisons violentes sans la moindre éruption. En 1871, douleurs rhumatismales dans l'articulation métacarpo-phalangienne des deux pouces; pendant près de trois ou quatre mois, gêne dans les mouvements.

En 1879, nouvelle crise de rhumatisme; pendant trois semaines, douleurs dans les muscles de la région postérieure du cou, avec fièvre et embarras gastrique.

Le plus ordinairement, douleurs vagues dans les membres et le dos lorsqu'on observe de brusques variations de température.

Pityriasis du cuir chevelu et calvitie précoce. Tendance à l'obésité.

Digestions parfois lentes et pénibles; le plus souvent, il y a alors du lumbago et les urines deviennent troubles, presque laiteuses; elles sont épaisses et blanchâtres comme l'eau dans laquelle l'on vient de faire cuire des châtaignes; mais il suffit de les faire chauffer pour leur voir reprendre la transparence qu'elles avaient au moment de l'émission. La chaleur fait dissoudre les urates et phosphates contenus en excès. Pas de trace de glycose ni d'albumine. Il est, du reste, seulement besoin de prendre des alcalins pour que, au bout de deux ou trois jours, les urines reviennent à leur état normal, en même temps que se régularisent les fonctions de l'estomac.

Avant la puberté, voix de soprano assez étendue; au moment de la mue (1866), elle s'est transformée insensiblement en voix de baryton allant du *la* au *sol*. En 1877, après être resté plus de deux ans sans chanter, X..., en reprenant ses exercices vocaux, s'aperçoit que son organe laryngé a éprouvé de nouvelles modifications : la voix a perdu de son étendue; il n'est pas possible de donner en bas le *la* et le *sol*, en haut le *sol* et le *fa dièze*. Ces notes n'ont pu être recouvrées depuis. Les cordes vocales examinées alors sont blanches et nacrées; comme grosseur et longueur, elles se rapprochent plus du type du ténor que de celui du baryton.

Pas de changement dans le timbre de la voix et dans son intensité; il y a cependant peut-être un peu moins de souplesse dans le jeu des organes vocaux.

Le larynx est, en même temps, devenu plus délicat, il se fatigue plus facilement. X... ne peut chanter aussi long-

temps que par le passé, et dans le courant de l'hiver 1877 surviennent pour la première fois de légers enrouements de courte durée, auxquels il n'est pas pris garde et à propos desquels l'examen laryngoscopique n'a pas été fait.

En mars 1878, la voix est surmenée pendant une huitaine de jours; X... chante beaucoup plus qu'il n'en a l'habitude; les morceaux qu'il étudie ne sont pas dans le registre de sa voix; il s'agit d'une partie de ténor. Un certain soir, en sortant d'une répétion assez longue, pendant laquelle il fallut constamment émettre des notes élevées, le sujet prend froid; quelques quintes de toux sèche surviennent pendant la nuit; le matin la voix est enrouée, les premiers sons émis sont graves et discordants, puis deviennent couverts et voilés.

Sensation de chaleur et de chatouillement au niveau du cartilage thyroïde; elle provoque une toux sèche, venant quelquefois par quintes. Pas d'expectoration. Pas de symptômes généraux; le pouls est normal.

Le miroir laryngien montre la face supérieure de l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, sans aucune modification; la muqueuse aryténoïdienne est colorée, les bandes ventriculaires sont le siège d'une hyperémie manifeste, la muqueuse est tuméfiée et injectée. On aperçoit des stries aux bords libres des cordes vocales inférieures, qui n'ont plus leur blancheur éclatante.

Repos absolu de la voix, inhalo-pulvérisation avec une solution légèrement astringente trois fois dans la journée.

Le lendemain, à notre grand étonnement, la muqueuse laryngée était rentrée dans les conditions normales, l'injection des bandes ventriculaires avait disparu, les cordes vocales étaient redevenues luisantes. Nous avions eu affaire à une simple congestion du larynx. Des phénomènes dus à l'inflammation auraient persisté plus longtemps.

Une quinzaine de jours après que se sont passés les faits dont nous venons de parler, X..., qui a repris ses exercices de chant, sans remarquer aucun phénomène insolite du côté de la phonation, contracte un nouvel enrouement qui n'a pas une durée de vingt-quatre heures. Il y a en même temps sensation pénible au cou et un peu de toux. Le sujet a parlé longuement et à haute voix dans une discussion animée, il a fumé plus que d'habitude, et enfin a pris froid quelques instants après, en se mettant au lit. Comme X... se trouvait en

voyage, le larynx n'a pu être examiné; mais il y a tout lieu de croire que les phénomènes éprouvés sont dus à une nouvelle poussée congestive. Les accidents ont cessé sans qu'on ait eu recours à aucune médication.

Pendant la fin de 1878 et pendant l'année 1879, les phénomènes congestifs abandonnent le larynx; pas la moindre altération de la voix pendant près de deux ans; la muqueuse laryngée se montre au laryngoscope dans un état d'intégrité complète. En revanche se manifeste de l'irritation limitée à la muqueuse bronchique avec toux nerveuse, sensation de plénitude dans la poitrine, point douloureux à la région sternale (août 1878); puis reparaissent, avec plus de fréquence et d'intensité, les douleurs articulaires et musculaires, crise subaiguë de torticolis qui dure trois semaines (février 1879).

Depuis ce moment jusqu'en janvier de l'année suivante, santé parfaite; alors, après être resté la plus grande partie d'une journée les pieds dans l'eau, par une température glaciale, le thermomètre marquant 6° au-dessous de zéro, X... contracte une laryngo-bronchite, enrouement prononcé, toux fréquente et quinteuse, expectoration abondante, râles dans la trachée et les grosses bronches; la muqueuse laryngée était fortement colorée au niveau des aryténoïdes et des bandes ventriculaires; l'épiglotte était le siège de petites vascularisations, les cordes vocales inférieures étaient franchement rosées; tuméfaction marquée de la muqueuse enflammée, surtout vers les cordes vocales supérieures. Il fallut près d'un mois pour que le larynx reprenne son aspect normal, pour que les ligaments thyro-aryténoïdiens inférieurs reparaissent blancs et nacrés.

Cette laryngo-bronchite rendit de nouveau le larynx très susceptible à l'action du froid et des fatigues vocales, elle ramena la tendance de l'organe aux mouvements fluxionnaires. Pendant quelque temps, chaque fois que le malade chantait un peu trop, la voix devenait éraillée; il y avait de la chaleur au larynx, la muqueuse des bandes ventriculaires prenait une coloration vive, les cordes vocales inférieures devenaient légèrement striées sur les bords, et quelques heures de repos suffisaient pour faire disparaître ces symptômes.

La fluxion laryngée est très marquée le 17 mars et donne lieu à un léger degré d'aphonie; le sujet chante dans l'après-midi, de deux à quatre heures, seulement deux morceaux,

le « Pieta signor », de Stradella, et les « Plaintes de la jeune fille », de Schubert; il n'y a donc pas de fatigue vocale proprement dite; mais pendant ce temps X... prend froid, il a les pieds glacés; vers les sept heures du soir, enrouement, la voix se couvre, la muqueuse laryngée est injectée, les cordes vocales inférieures n'ont plus leur coloration blanche; à onze heures, il y a un peu d'aphonie, sensation de cuisson en arrière du thyroïde; la muqueuse est assez gonflée et colorée, les cordes vocales inférieures sont tout à fait rosées vers leurs bords libres; pendant la nuit, quintes de toux sans expectoration. Le lendemain, à onze heures du matin, les phénomènes se sont amendés; il y a encore de la rougeur sur la muqueuse; le soir, à huit heures, les rubans vocaux sont dans leurs conditions normales, la voix n'est plus enrouée.

En février 1881, le malade, remarquant que ses douleurs rhumatismales redeviennent plus fréquentes et plus fortes, veut arrêter le mal en ayant recours aux sudations; il se rend donc dans un des nombreux *hammam* de Paris et fait une longue séance dans une étuve chauffée avec de la vapeur sèche; transpiration abondante, un peu de toux avec sensation de raclement à la gorge, pendant le séjour dans l'étuve. Le sujet est certain de ne pas avoir pris froid en sortant du bain de vapeur; il a très peu parlé, il ne faut pas faire intervenir la fatigue du larynx, et cependant une fluxion laryngée assez intense se produit.

L'hyperémie laryngée est cette fois constatée par M. le Dr Coupard; la durée des phénomènes congestifs ne dépasse pas vingt-quatre heures.

Quelques jours après, X... retourne au hammam, son larynx ayant été préalablement examiné et ayant paru dans les conditions normales. Séance de une heure dans la vapeur sèche. Les plus grandes précautions sont prises à la sortie de l'étuve afin d'éviter tout refroidissement.

La fluxion laryngée paraît bien, mais le mouvement congestif est cependant moins prononcé que le précédent; il ne dure pas plus de douze heures.

Nous devons noter qu'en dehors de ces deux circonstances, le malade a toujours pu prendre des bains de vapeur sèche sans éprouver le moindre trouble laryngé.

Depuis cette époque X... n'a plus eu de pousses congestives au larynx; les mouvements fluxionnaires se sont portés

sur la muqueuse nasale; pendant quelque temps il y eut des congestions simples de la membrane pituitaire, puis survinrent de vrais coryzas; l'inflammation restait d'abord limitée aux fosses nasales; mais, dans les dernières atteintes, la rhinite fut suivie de laryngite et de bronchite.

Nous espérons qu'après la lecture attentive de cette longue observation, l'on restera convaincu que nous nous sommes bien trouvé en présence d'accidents laryngés, occasionnés par l'hyperémie active de la muqueuse, et que l'élément inflammatoire n'entre pour rien dans la production de phénomènes ayant disparu aussi rapidement. Ce fait intéressant montre aussi que les poussées congestives ont eu lieu le plus souvent après de grands efforts vocaux; nous verrons, en effet, que les exercices prolongés du chant, l'usage immodéré de la parole, doivent être placés en première ligne parmi les causes qui provoquent les fluxions laryngées. Nous devons aussi faire remarquer que les refroidissements, les bains de vapeur sèche, ont, chez le malade, favorisé l'apparition et le retour des accidents. Notons enfin que le sujet était éminemment prédisposé aux congestions par la diathèse arthritique; il nous a même semblé que les mouvements fluxionnaires se développaient dans le larynx en même temps que l'on observait la disparition ou l'atténuation des douleurs rhumatismales éprouvées dans les parties musculaires et articulaires. Ce sont là, du reste, des questions que nous examinerons lorsque nous traiterons de l'étiologie de l'affection. Etudions en d'abord la symptomatologie.

§ II

La congestion active de la muqueuse laryngée se révèle à l'examen laryngoscopique par de la rougeur et du gonflement de cette membrane.

L'injection, débutant par les artérioles et les veinules, envahit bientôt le réseau capillaire, et se montre sous une forme diffuse; rarement la rougeur est en points ou en plaques; d'une façon générale la coloration est plus foncée, pouvant aller, dans quelques cas assez rares, jus-

qu'au rouge vif; c'est surtout au niveau des bandes ventriculaires que l'injection devient prononcée.

Sur les cordes vocales inférieures, on constate de fines arborisations le long du bord libre; ces stries reposent sur un fond grisâtre ou bien de teinte légèrement rosée; jamais nous n'avons vu les ligaments vocaux devenir entièrement rougeâtres, comme nous avons eu plusieurs fois occasion de l'observer chez des malades atteints de laryngite aiguë (variété hémorrhagique); la coloration rosée de la partie interne des cordes peut être uniforme; les vascularisations peuvent manquer, mais le fait n'est pas fréquent.

A l'entrée du larynx, la muqueuse qui recouvre la commissure postérieure, les cartilages aryténoïdes, le ligament ary-épiglottique, se montrent avec une rougeur diffuse, plus foncée ordinairement à la région aryténoïdienne. La face antérieure de l'épiglotte, souvent rosée, est parcourue par de nombreuses vascularisations.

La congestion est générale ou partielle. Dans certains cas, elle envahit la totalité du larynx, comme cela arrive ordinairement dans les hyperémies consécutives à des refroidissements; d'autres fois, les phénomènes d'injection sont peu marqués et restent limités au bord libre des cordes vocales; cela se voit chez les chanteurs après des efforts de voix violents ou prolongés; enfin, il se présente des cas où les rubans vocaux étant indemnes, la congestion occupe l'épiglotte, les ligaments aryténo-épiglottiques, les cartilages aryténoïdes et les bandes ventriculaires; les troubles diminuent d'intensité à mesure qu'on pénètre plus bas dans le larynx; les fluxions produites par la fumée du tabac, par des vapeurs ou poussières nocives, affectent cette dernière forme.

L'hyperémie active et primitive peut ne pas se porter sur le seul organe de la voix; l'injection et la rougeur peuvent en même temps s'étendre aux muqueuses du pharynx et de la trachée; l'on a alors affaire à des congestions pharyngo-laryngées ou trachéo-laryngées.

Il est inutile de faire remarquer que le degré de coloration de la muqueuse est en rapport avec l'énergie et la violence du mouvement fluxionnaire qui, dans le larynx, n'atteint pas les proportions constatées dans

d'autres régions. L'injection de la pituitaire hyperémiée peut être tellement prononcée, et la dilatation des capillaires peut être si grande, que des ruptures vasculaires peuvent en résulter et donner lieu à des épistaxis abondantes; nous n'avons jamais observé pareil fait à la suite de fluxion laryngée, et nous dirions volontiers que la congestion active du larynx ne détermine jamais d'hémorrhagie, si Mandl (qui distingue cependant l'hyperémie de la congestion inflammatoire) n'avait constaté, chez une dame âgée, un écoulement hémorrhagique provenant des ventricules de Morgagni, alors que la muqueuse était simplement hyperémiée.

Un second symptôme objectif qui nous est révélé par le laryngoscope est le gonflement, qui, dans les cas légers, fait absolument défaut; lorsque la fluxion a une certaine intensité, la muqueuse est tuméfiée au niveau des bandes ventriculaires, de la commissure postérieure, de la région aryténoïdienne, des ligaments aryténo-épiglottiques, en un mot au niveau des parties où la membrane est réunie aux couches sous-jacentes par un tissu cellulaire plus lâche et plus abondant, de telle sorte que la dilatation vasculaire et la transsudation séreuse y peuvent être plus faciles. Au contraire, sur les cordes vocales inférieures, le gonflement est peu accusé, parce qu'à cet endroit la muqueuse adhère intimement au ligament thyro-aryténoïdien. De toute façon, on conçoit que dans l'hyperémie, la turgescence ne doit pas dépasser certaines limites; c'est à peine si les bandes ventriculaires pourront cacher une très petite partie des cordes vocales inférieures. Il ne saurait en être autrement; les troubles circulatoires ont une durée trop courte pour que le plasma transsudé soit en quantité notable; il n'y a pas ici, comme dans l'inflammation, d'exsudats véritables, de produits de nouvelle formation; aussi dans la fluxion le gonflement n'arrive jamais au degré atteint dans la laryngite aiguë.

L'examen au moyen du miroir permet aussi de constater, chez un petit nombre de malades, un défaut de rapprochement des cordes inférieures. Les rubans vocaux, au lieu de se réunir pendant la phonation, comme cela se voit à l'état normal, laissent ouvert, sur la partie

médiane, un petit espace ellipsoïde; les bords libres n'ont plus une direction parallèle : ils forment une ligne concave. Voici une observation dans laquelle cette lésion était nettement caractérisée.

Observation II

X..., étudiant en médecine, est âgé de vingt-quatre ans. Né dans un pays de montagnes, ayant longtemps habité une ville froide et humide, il est rhumatisant; son père était du reste couvert de douleurs Il a eu une névralgie du plexus brachial qui l'a fait souffrir pendant plus d'un mois, en 1878.

Quelques rhumes de cerveau pendant la mauvaise saison.

A eu une laryngite en 1879, la voix a été enrouée pendant trois semaines. Depuis lors, pas le moindre trouble vocal; le sujet chante assez agréablement, c'est un ténor léger.

En février 1881, nous le trouvons un matin à l'hôpital de la Pitié avec une voix tout à fait couverte; il y a un léger degré d'aphonie, il est impossible de parler dans le registre élevé; les sons qu'il produit sont graves et discordants; le malade nous raconte que la veille, après un repas copieux, dans lequel il a mangé et bu plus que d'habitude, il s'est rendu à une réunion publique. Là il a fumé beaucoup et a crié pendant près d'une demi-heure pour empêcher un orateur de prendre la parole; la fatigue vocale était très grande, la voix était alors complètement éraillée. En outre, une fois dans la rue, le malade a pris froid; il se rappelle avoir eu un petit frisson.

La nuit est excellente, le malade dort bien; pas de fièvre.

Mais le matin les troubles vocaux sont constatés; le sujet éprouve au larynx une sensation de chaleur qui provoque une petite toux sèche peu fréquente.

Au laryngoscope, nous voyons que la muqueuse est rouge, surtout au niveau des bandes ventriculaires, qui sont un peu gonflées; le vestibule du larynx est aussi injecté, vers les aryténoïdes et les ligaments ary-épiglottiques; la teinte est plus foncée que d'habitude; les cordes inférieures sont légèrement rosées le long de leurs bords libres; nous voyons en plus que les rubans vocaux ne se réunissent pas pendant la phonation; ils laissent entre eux à leur partie moyenne un ménisque qui a un peu moins d'un centimètre d'étendue; les

cordes s'écartent parfaitement pendant l'inspiration. Nous pensons qu'il s'agit d'une laryngite aiguë à son début, avec paralysie des muscles thyro-aryténoïdiens internes; nous conseillons des inhalo-pulvérisations avec une solution astringente, un purgatif et une compresse mouillée autour du cou; l'organe laryngé doit rester dans le repos le plus absolu.

Le lendemain matin, nous revoyons le malade; il nous dit que les phénomènes ont commencé à diminuer la veille, dès les cinq heures du soir; la sensation de gêne a disparu, la voix est revenue peu à peu, la toux a cessé; au laryngoscope, nous trouvons que la muqueuse a repris à peu près son état normal; il y a cependant un peu de coloration vers les bandes ventriculaires; les cordes vocales, redevenues blanches sur le bord, ne se réunissent pas parfaitement. La voix est revenue en partie; il est possible au malade de parler pourvu que la conversation se fasse dans le registre grave; les notes élevées sont criardes ou voilées.

Le malade, en constatant une amélioration aussi rapide, n'a pas jugé nécessaire de se soigner; il n'a suivi aucune médication.

Le jour suivant, le larynx nous paraît être dans les conditions ordinaires. Plus de rougeur de la muqueuse, plus de gonflement, plus d'insuffisance glottique. La voix parlée est claire et bien timbrée dans tous les registres. Nous recommandons à X... de ne pas s'exposer aux fatigues vocales pendant une période de quinze jours au moins.

Environ un mois et deux mois après cette époque, nous examinons de nouveau le larynx du sujet; l'aspect est tout à fait normal, le malade peut chanter aussi bien qu'avant l'apparition des accidents que nous venons de rapporter.

Nous n'hésitons pas à déclarer qu'il nous semble bien difficile de ne pas mettre sur le compte d'une fluxion laryngée les symptômes observés chez ce malade. Nous estimons que c'est à une poussée congestive qu'il faut rattacher non-seulement l'injection et la turgescence de la muqueuse, mais aussi le défaut de rapprochement des cordes vocales. Sous l'influence de causes multiples et combinées, un mouvement fluxionnaire s'est porté sur l'organe de la voix et a atteint, en même temps que la membrane interne, les extrémités nerveuses qui animent

les muscles thyro-aryténoïdiens internes, tenseurs des cordes vocales. Il y a eu hyperémie des filets nerveux et de leurs enveloppes, amenée soit par l'action du froid, soit par la fumée du tabac, soit par les cris prolongés et violents. Nous expliquons ainsi la paralysie bilatérale et passagère des thyro-aryténoïdiens; elle est le fait de la perturbation des fonctions nerveuses ; cette akinésie, qui se développe et disparaît avec les phénomènes congestifs, doit avoir la même origine que ces derniers. Du reste les auteurs admettent bien l'existence de paralysies laryngées à la suite de refroidissement ou de grands efforts vocaux; mais ils n'ont pas fait voir qu'elles pouvaient être mécaniquement produites par de simples troubles congestifs.

Dans la fluxion laryngée, l'akinésie n'est pas toujours bilatérale; elle peut frapper un seul des deux muscles tenseurs des cordes. Alors, tandis que l'une d'elles a une direction rectiligne, l'autre est concave à la partie moyenne; l'espace libre est plus petit; les altérations de la voix sont moins prononcées : c'est alors surtout de la dysphonie qui se manifeste. L'hyperémie semble mieux caractérisée du côté de la corde affectée. C'est ce que nous avons très bien vu chez une jeune femme lymphatique et nerveuse, atteinte de fluxion laryngée avec paralysie du thyro-aryténoïdien droit. La rougeur et le gonflement étaient plus marqués sur la bande ventriculaire du même côté. Le ruban vocal avait des stries rougeâtres et était flasque, tandis que le gauche avait conservé sa coloration blanche. Ces accidents étaient survenus à la suite de cris désespérés pour appeler du secours dans un incendie; la malade avait, en outre, eu froid.

L'akinésie des muscles crico-thyroïdiens latéraux et de l'ary-aryténoïdien, s'observe quelquefois; nous reviendrons sur ce point en parlant de l'aphonie.

Nous n'avons jamais vu de cas d'hyperémie laryngée avec paralysie des muscles dilateurs des cordes vocales.

(A suivre.)

COMPTE-RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 24 janvier 1884.

Présidence du Dr Gellé.

L'ordre du jour appelle la discussion sur l'angine chronique rhumatismale (communication de M. Gellé) (1).

M. Moura. — J'ai observé également cet état particulier chez les asthmatiques, les cardiaques du pharynx et les hémorrhoïdaires. Je considère cet état comme dépendant d'une lésion de l'appareil circulatoire. Je suis tout disposé à la rattacher à la diathèse arthritique. Pour la combattre, je me suis bien trouvé de l'usage de bromure de potassium, du sulfate de quinine et, dans des cas particuliers, de l'application des sangsues à l'anus.

M. Gellé. — Il s'agit bien en effet d'une congestion véritable de toute la tête : la face est vultueuse, la peau du visage colorée, le cuir chevelu peut être subœdémateux, il garde l'empreinte du doigt.

Les sangsues, l'émétique et le sulfate de quinine, comme l'a préconisé M. Charcot dans la maladie de Menière, son les meilleurs remèdes à cette affection.

M. Menière demande à M. Gellé si le vertige est uniquement dû à une affection concomitante de la caisse ou bien encore à une affection de l'oreille interne.

M. Gellé. — Je crois que, dans un certain nombre de cas, le vertige peut être produit directement par l'état congestif pharyngé, car il suffit que la trompe soit congestionnée pour que la circulation de l'oreille soit modifiée. Mais je ne veux pas dire par là que les lésions de la maladie de Menière puissent résulter de l'affection pharyngée ; je ne fais allusion qu'aux vertiges.

(1) Voir le no 12 de la *Revue*, 1er décembre, 1883.

M. Moura. — J'avoue que les malades que j'ai observés n'ont jamais présenté de manifestations vertigineuses.

M. Aysaguier demande à M. Gellé une explication sur l'état de la muqueuse pharyngée, qui, d'après sa description, serait à la fois lisse et plissée.

M. Gellé répond qu'il a voulu dire par le mot plissé les formations des deux gros plis latéraux qu'il appelle les faux piliers.

M. Aysaguier. — M. Gellé trouve-t-il un rapport entre le vertige de Menière et l'angine chronique dont il parle. Comment se fait-il que cette dernière étant si fréquente, le vertige de Menière soit si rarement observé?

N'y aurait-il là qu'une simple coïncidence et ne faudrait-il pas en rechercher la cause ailleurs que dans l'état de la muqueuse pharyngée?

M. Gellé. — A la première question, M. Gellé répond que c'est justement dans les cas de vertige de Menière qu'il a eu à constater cet aspect du pharynx, lequel peut s'observer aussi sans trouble auriculaire.

A la deuxième question, la fréquence de cet état du pharynx ne se rencontre pas aussi souvent que semblerait le penser l'honorable préopinant.

A la troisième demande, les faits cliniques montrent que le traitement bien institué fait disparaître à la fois le vertige de Menière et l'état pharyngé, et la réapparition du vertige coïncide le plus souvent avec l'état pharyngé latéral ou bilatéral.

M. Baratoux. — Une observation citée par M. Lasègue rentre dans la description de M. Gellé. M. Lasègue attribue la rougeur violacée, l'épaississement des piliers, les vascularisations et la luette, à l'angine goutteuse, qui se porterait, d'après lui, sur toute l'arrière-gorge, principalement sur le voile du palais et des piliers.

Isambert attribuait aussi à l'arthritisme la coloration générale d'un rose tendre, un peu pâle, mêlée d'un reflet opalin général. Ce type peut se compliquer de la présence de lacis vasculaires plus saillants, plus volumineux, qui déterminent un état variqueux de ces vaisseaux et un volume plus grand des glandules; dans ce cas, l'alcoolisme est mêlé à l'arthritisme.

En terminant, je ferais observer à M. Gellé que M. Hering a décrit des bourrelets affectant la forme de plis boursouflés faisant saillie derrière les piliers du voile; cet auteur a donné à cet aspect de la gorge le nom de pharyngite hypertrophique latérale. Schmidt avait déjà signalé l'apparition de ce bourrelet occupant les parties latérales du pharynx.

M. Gellé répond que les descriptions de Schmidt et de Hering sont très nettes, mais que le type qu'il décrit est absolument différent; la muqueuse est partout soulevée et œdématiée, et deux gros plis latéraux, formés par le tissu sous-muqueux, engorgé sous forme de deux gros faux piliers, résultent de cet épaississement et de cet engorgement sous-muqueux qui comble le pharynx.

M. Baratoux a remarqué que les malades présentant ce type de pharyngite supportaient mal l'électricité.

M. Gellé a noté aussi cette hyperesthésie.

Des corps étrangers égarés dans le larynx et l'œsophage;

Observations du Dr F. Hering, médecin de l'hôpital Saint-Roch et membre de la Société médicale à Varsovie (Pologne).

Les corps étrangers s'introduisent dans le larynx et l'œsophage par différents moyens.

Quelquefois avalés en même temps que les aliments, ils s'arrêtent dans l'un des organes précités; parfois, placés dans la bouche pendant que l'on parle, ils pénètrent dans le larynx et produisent alors une quinte de toux très forte et prolongée.

Il arrive, en outre, que, pendant le sommeil de l'ivresse, les aliments rejetés peuvent s'introduire dans les voies respiratoires et devenir cause de suffocation.

Le corps étranger, introduit de cette manière insolite, peut consister soit en fragments de pain, de viande ou d'os, soit en noyaux, pièces de monnaie, graines, cailloux, aiguilles, épingles, en un mot en objets des plus variés.

On a également vu avaler des sifflets, des dés à coudre, des petits jouets, des fausses dents, voire même des sangsues.

L. Johnson cite un cas où fut avalée une petite locomotive d'étain (joujou), pour l'extraction de laquelle on dut recourir à la thyréotomie.

La statistique de *Bourdillat*, basée sur 466 observations, suffit pour prouver la fréquence des cas d'introduction des corps étrangers dans les voies respiratoires.

Gross, dans son excellente monographie *sur les corps étrangers dans les bronches*, donne la description de 200 cas observés jusqu'à présent par différents auteurs.

Les symptômes produits par la déglutition d'un corps étranger et sa présence dans le larynx ou l'œsophage varient suivant sa position, sa nature, son volume et la manière dont il s'est fixé. Si l'objet s'introduit dans le larynx, il peut produire une suffocation instantanée; ainsi, dans ces derniers temps, M. *Jasinski*, médecin à Varsovie, a observé un enfant chez lequel un pépin de courge, introduit dans le larynx, se fixa sur les cordes vocales et fut la cause de la mort subite du petit.

Il arrive quelquefois que, dans des conditions plus favorables, le corps étranger introduit dans le larynx peut y séjourner assez longtemps, et y provoquer des troubles symptomatiques et fonctionnels les plus variés, depuis la toux et l'enrouement, jusqu'à la dysphagie et la suffocation complète. Je décris dans ce mémoire quelques observations personnelles dans le but de prouver que dans des cas de ce genre l'extraction du corps étranger doit être toujours précédée d'une exploration laryngoscopique, l'objet avalé pouvant être en même temps engagé dans le larynx et l'œsophage.

Je voudrais également attirer l'attention de mes confrères sur la possibilité d'atteindre avec le doigt les cordes vocales, surtout chez les enfants, où souvent on ne peut opérer l'extraction que guidé par le doigt. Quelquefois, l'examen du larynx à l'aide du miroir, et l'extraction du corps étranger, ne peuvent être opérés qu'avec le secours du chloroforme, ce qui, surtout chez les enfants, permet d'opérer avec aisance et certitude. L'examen avec la sonde œsophagienne doit être répété à plusieurs reprises et avec le plus grand soin; sans cela, on arrive à des résultats incomplets et erronés, souvent aussi peu agréables pour l'opérateur que dangereux pour le malade.

Le meilleur moyen d'exploration est de procéder à l'aide d'une sonde terminée par une boule métallique. Elle montre mieux que d'autres instruments la présence de l'objet recherché; en outre, la résistance qu'elle offre est plus grande que dans la sonde dite *française*, c'est-à-dire terminée par une boule en os.

Les réflexions que j'ai cru devoir faire se trouvent confirmées par les observations suivantes :

Observation I

Joséphine A..., âgée de dix-huit ans, me fut adressée le 3 septembre 1882 par notre confrère M. Chivat. La malade raconte que huit jours auparavant, c'est-à-dire le 27 août, elle fut prise d'un accès de toux au moment où elle tenait dans sa bouche une aiguille enfilée. L'aiguille tomba dans l'arrière-gorge (le larynx) et s'y fixa, produisant immédiatement une sensation très douloureuse au côté gauche du larynx. Dès ce moment, la malade fut empêchée d'avaler des aliments soit solides, soit liquides. La prononciation devint difficile et fréquemment interrompue par des quintes d'une toux très douloureuse.

L'entourage de la la malade envoya au plus vite chercher un aide-chirurgien (felczer), qui, voyant un fil sortir de la bouche de la malade, se mit à le tirer de plus en plus fort, jusqu'à le faire casser; après quoi, il déclara qu'il lui était impossible de saisir l'aiguille sans se servir d'instruments et engagea à s'adresser à un médecin. La malade, se trouvant en province, en consulta plusieurs; mais toutes les tentatives faites pour retirer l'aiguille restèrent sans effet. L'état de la malade empirait au jour le jour; la salivation, l'insommie, la peur d'étouffer ou de mourir de faim, la forcèrent à chercher secours à Varsovie.

L'exploration de la cavité buccale me permit de constater un gonflement considérable de l'arcade palatine gauche, ainsi que de la luette.

L'emploi du miroir laryngien était très difficile à cause de l'irritabilité de la patiente. Le côté droit ne présentait rien d'anormal; par contre, à gauche, j'ai pu constater que le ligament ary-épiglottique était augmenté de volume, boursouflé et légèrement rougeâtre. Il recouvrait la plus grande

partie du sinus pyriforme, de manière à lui donner la forme d'une fente longitudinale comprimée de deux côtés. A l'intérieur du sinus, au milieu d'une couche de mucus très épais, j'aperçus une ligne foncée longue de quelques millimètres traversant le sinus en obliquant d'arrière en avant, c'est-à-dire du cartilage aryténoïde vers la surface latérale du cartilage thyroïde. Le cartilage de Wrisberg, de la grosseur d'un pois, aux contours effacés, présentait une forte boursouflure, de même que le cartilage de Santorini (*fig.* 5, *p.* 93).

Il n'y avait plus moyen de douter qu'un bout de l'aiguille était entré dans le cartilage de Santorini, bien qu'il me fût impossible, en me servant du spéculum, de l'apercevoir du côté de l'apophyse vocale. L'autre bout (selon toute probabilité la pointe) s'était figé dans les muscles latéraux du cou, après avoir perforé la surface latérale du cartilage thyroïde. J'en fus convaincu en constatant par le toucher extérieur l'existence d'un point douloureux correspondant à la direction de l'aiguille et très sensible à la moindre pression.

J'ai déjà parlé de la sensibilité extrême de la malade, qui l'empêchait de supporter le contact du miroir laryngien pendant plus de quelques secondes. Aussi, les premières tentatives faites pour introduire cet instrument dans la cavité laryngienne et l'utiliser pour l'extraction de l'aiguille, restèrent sans effet, et amenèrent-elles encore une certaine aggravation dans l'état de notre malheureuse cliente. La respiration s'accéléra, devint saccadée; les quintes de toux prirent un caractère spasmodique, la faiblesse augmenta.

Dans ces circonstances, je dus me résoudre à remettre l'extraction de l'aiguille au lendemain, en me bornant pour le moment aux antiphlogistiques. Je prescrivis l'emploi de compresses glacées sur les parties latérales du cou, et à l'intérieur de la glace par petits morceaux.

Le lendemain, l'examen du larynx permit de constater une diminution notable de l'inflammation et du gonflement. La malade, cependant, ne pouvait encore supporter le miroir assez longtemps pour procéder à l'extraction de l'aiguille, et je dus essayer de le faire en introduisant un doigt dans le sinus pyriforme; effectivement, après quelques tentatives, je touchais l'aiguille avec l'index droit, sans toutefois parvenir à la déplacer.

Il n'y avait donc, pour l'extraire, qu'un seul moyen à em-

ployer : la briser en deux dans la cavité même, et en retirer ensuite chaque partie séparément, ce qui, cependant, fut beaucoup plus difficile à exécuter que je ne l'avais d'abord supposé. Après avoir introduit les pinces de Türck à l'aide de la main droite, il me fut impossible d'atteindre l'aiguille avec la main gauche; il fallait donc se servir de cette dernière pour guider l'instrument en le dirigeant à la face inférieure avec l'index de la main droite. J'y réussis enfin, et, malgré les suffocations et les vomissements de la malade, je parvins avec l'instrument jusqu'au fond de la cavité, et je saisis l'aiguille avec mes pincettes. Je dirigeai ensuite ces dernières vers la partie extérieure latérale du cartilage thyroïde, puis vers le haut, et je brisai l'aiguille, Je pus en extraire une partie, longue de 26 millimètres, complètement ensanglantée, et percée d'un trou : c'était la tête de l'aiguille.

J'ajoute que, pour briser l'aiguille, j'ai dû employer une telle force, que le tube métallique d'un demi-millimètre d'épaisseur, au bout duquel se trouve les pincettes, fut complètement courbé. Après l'extraction dn premier fragment, la malade cracha un peu de sang, mais put déjà avaler quelques gouttes de vin et prononcer quelques paroles. Un quart d'heure après, une seconde application du miroir me permit de constater que le reste de l'aiguille s'était logé dans la partie extérieure latérale du cartilage thyroïde, dont il dépassait de quelques millimètres la surface. J'en fis l'extraction quatre heures plus tard, avec les petites pincettes de Schrötter, sans beaucoup de peine, et à l'aide du laryngoscope. La longueur de ce fragment était de onze millimètres. Le même soir la malade, délivrée de tout symptôme fâcheux, quitta Varsovie.

Observation II

Un petit garçon de trois ans, fils de M. N. N. (Volhynien), s'amusait le 10 octobre dernier à jouer avec ses jarretières, terminées par des boucles en métal, en cassa une, la mit dans sa bouche et la tourna et retourna si longtemps, qu'il finit par l'avaler.

Il fut pris aussitôt d'une quinte de toux, de suffocations violentes, d'enrouement et d'un sifflement dans la gorge pendant la respiration.

M. Swivski, appelé auprès de l'enfant quatre heures après l'accident, déclara l'extraction urgente, et, dans ce but, amena l'enfant à Varsovie, tout en se munissant d'instruments pour la trachéotomie, pour le cas où cette dernière pouvait devenir nécessaire pendant le voyage.

Je vis l'enfant le lendemain, et en consultation avec notre confrère M. Jasinski. Nous constatâmes un bruit de cornage très prononcé, ainsi qu'un enrouement des plus désagréables, qui nous paraissaient réclamer une opération immédiate. Afin de mieux examiner le malade, nous le soumîmes à l'action du chloroforme; puis, tenant la bouche ouverte à l'aide d'un écarteur de mâchoires, nous fixâmes la langue à l'extérieur au moyen des petites pinces d'Esmarch. J'introduisis le miroir, et j'ai pu me convaincre que la boucle se trouvait dans la trachée-artère, appuyée d'un côté contre la partie antérieure de la corde vocale, et de l'autre contre les cartilages aryténoïdes. Son rebord le plus long se trouvait donc parallèle aux cordes vocales vraies, seulement dans une direction un peu oblique, c'est-à-dire qu'il les dépassait de quelques millimètres, et offrait l'apparence d'une ligne blanche et brillante. Ce n'est qu'à cette position relativement favorable de la boucle que l'enfant dut de ne pas avoir été suffoqué immédiatement et d'avoir pu supporter sans accident le voyage à Varsovie, d'une durée de plus de dix heures.

La suffocation et le sifflement dans la gorge au moment de l'expiration provenaient en partie de la boursouflure inflammatoire des cordes vocales irritées en partie à leur extension, en même temps à leur rapprochement simultané.

La boucle, dans sa plus grande longueur, mesurait plus de 21 millimètres et dépassait, par conséquent, de beaucoup la longueur des cordes vraies du larynx d'un enfant de trois ans.

Après avoir préparé les instruments nécessaires pour la trachéotomie indiquée, dans le cas où la boucle changerait de place et tomberait dans la trachée-artère, je procédai à l'extraction à l'aide des pinces de Tobold. Je ne tardai cependant pas à rencontrer un obstacle sérieux dans l'accumulation des mucosités obstruant la gorge et ternissant le miroir, et causée par l'irritation produite sur la langue. Lorsqu'enfin j'eus nettoyé le gosier au moyen de tampons de ouate, j'introduisis pour la seconde fois les petites pinces à l'aide du miroir;

de violents mouvements de la trachée-artère produits par la difficulté de la respiration ne me permirent pas d'atteindre la boucle d'une manière sûre et de la saisir d'une façon suffisante pour l'extraire; l'instrument, du reste, m'empêchait de voir clairement, et je fus obligé de chercher une méthode d'extraction plus appropriée.

J'essayai donc de pénétrer dans le larynx avec le doigt, et de me servir de ce dernier pour guider les pinces et accomplir l'extraction.

Je réussis heureusement à pénétrer dans le larynx, à appuyer l'index de la main gauche sur la corde vocale et le bord de la boucle, de manière à immobiliser cette dernière, et, lorsque j'y arrivai avec les griffes des pinces, dirigées sur la surface du doigt, je la saisis; ensuite, en faisant obliquer l'instrument à gauche, je l'amenai à l'extérieur avec la boucle.

Je fis le mouvement latéral avec les pinces dans le but de tordre un peu la boucle et de diminuer sa longueur, car son bord tranchant, fortement implanté dans les parties charnues du larynx, aurait pu blesser, ou même perforer cet organe. La longueur de la boucle était de 21 millimètres, sa largeur de 11 millimètres, son épaisseur de 1 millimètre.

La figure ci-après (*fig.* 2, *p.* 93) la représente dans sa grandeur relle; ses rebords brisés étaient tellement tranchants, qu'ils coupaient le papier et auraient pu endommager sérieusement le larynx lors de l'extraction faite sans l'emploi des précautions prises.

L'enfant eut, à son réveil, une attaque de toux aboyante qui démontra que la partie aryténoïde était fortement irritée.

La suffocation cessa instantanément; mais l'enrouement et les quintes de toux ne disparurent qu'au bout de dix jours. La santé actuelle de l'enfant ne laisse rien à désirer; la déglutition s'opère sans la moindre douleur, la voix est claire, la respiration normale.

Ce cas mérite une attention spéciale sous deux rapports. D'un côté, il montre la possibilité et l'utilité d'arriver au larynx avec le doigt, et d'autre part la nécessité d'endormir les petits malades à l'aide du chloroforme, non-seulement dans le but de faciliter les manipulations chirurgicales, mais aussi pour bien définir la position du corps étranger. Ce n'est que grâce à cette méthode que nous sommes parvenus

à extraire la boucle, dont le séjour prolongé dans le larynx eût produit au bout de peu de temps des symptômes mortels. En présence du faible rayon de lumière qui pénétrait dans le canal respiratoire et de la largeur de la boucle, son extraction par d'autres moyens eût été douteuse et dangereuse. Il eût fallu pratiquer la thyréotomie, couper l'extrémité antérieure des cordes vocales, ce qui aurait pu faire tomber le corps étranger dans la trachée-artère, d'où son extraction eût été fort difficile à cause des bords tranchants de la boucle. Cette complication a été éludée par l'emploi du procédé suivi, que, dans des cas analogues, je crois préférable et supérieur à tout autre.

Observation III

Mme D. P..., âgée de quarante ans, habitant la ville de Zamosé, vint me consulter au mois de mars 1879. La malade se plaignait d'une difficulté dans la déglutition, produite par un corps étranger qui s'était fixé dans la gorge pendant qu'elle mangeait une côtelette.

Toute tentative d'avaler, soit des solides, soit des liquides, causait une vive douleur à l'intérieur du gosier et des quintes de toux spasmodiques. L'état nerveux et tourmenté de la malade rendait fort difficile l'exploration à l'aide du miroir et par la sonde, et réclamait beaucoup de patience. Cependant la sonde œsophagienne pénétra dans la gorge sans beaucoup de difficulté, et la faible résistance que je ressentis à l'approche du cartilage cricoïde ne me confirma pas tout d'abord l'idée de la présence d'un corps étranger. Il est, en effet, assez fréquent que chez des personnes d'un âge mûr on rencontre des entraves de ce genre, surtout en renversant la tête en arrière. L'examen du larynx ne me démontra pas davantage la présence d'un corps étranger, et j'étais tout disposé à croire que les plaintes de la malade étaient plutôt dues à une irritation nerveuse qu'à la présence réelle d'un os avalé qui, passant par l'œsophage, pouvait blesser ce dernier et simuler la présence d'un corps étranger.

Les protestations énergiques de la malade, qui prétendait sentir l'os et indiquait d'une façon précise l'endroit où il s'était fixé et où elle éprouvait de vives douleurs en essayant d'avaler, me décidèrent à répéter l'exploration du larynx à l'aide du miroir.

Grâce à plus de tolérance de la part de la malade, déjà tant soit peu habituée à l'examen laryngoscopique, l'image reproduite par l'appareil fut beaucoup plus exacte, et donna raison à notre cliente.

En effet, sur la corde gauche, c'est-à-dire à sa surface supérieure, sous le cartilage aryténoïde, il me sembla voir un corps blanc se détachant sur les parois postérieures du larynx. En regardant mieux encore, je vis que ce corps était un os mince, aigu, d'une blancheur de neige, et perforant en biais toute l'épaisseur du muscle transverse et de la muqueuse.

Son bord tranchant, d'une longueur de 4 millimètres, adhérait à la surface des cordes vocales vraies, tandis que le reste disparaissait dans le pharynx.

En introduisant la sonde métallique, et à la hauteur du cartilage cricoïde, je sentis parfaitement l'os placé dans une direction parallèle aux cordes vocales.

L'os était donc fixé moitié dans l'œsophage, moitié dans le larynx.

Il s'agissait d'extraire sans la briser la partie fixée dans le larynx, c'est-à-dire dans les parties charnues antérieures.

Je me décidai à introduire dans le gosier des fortes pinces et j'appuyai l'une de leurs branches à la surface postérieure du cartilage cricoïde; la seconde sur la paroi de l'œsophage, demandant à la malade d'exécuter les mouvements de la déglutition. Ouvrant alors les pincettes, je tâchai d'écarter autant que possible le larynx de l'œsophage, et de dégager l'os en lui donnant une position oblique afin d'en faciliter plus tard l'extraction.

Quand la malade (après avoir fait plusieurs mouvements indiqués) eut dit que l'os la piquait à un autre endroit, j'introduisis dans l'œsophage une sonde terminée par un entonnoir métallique, et, saisissant l'os, je pus l'extraire en son entier (*fig*. 3, *p*. 93.)

Sa longueur était de 11 millimètres sur 4 millimètres de largeur, les bords très tranchants, affilés, en forme de lancette.

L'enflure qui se montra dans le voisinage du larynx diminua le lendemain, ainsi que la douleur, et la malade quitta Varsovie après m'avoir laissé le *corpus delicti* et jurant de ne jamais manger de côtelettes.

Observation IV

L'année dernière il m'est arrivé d'observer un corps étranger qui, pris dans l'œsophage, y demeura onze jours.

Une petite fille de cinq ans qui s'amusait avec une pièce de monnaie de cuivre commença à crier, et vint se plaindre à sa mère d'avoir avalé trois gros. Le médecin, appelé en toute hâte, ordonna un vomitif, après lequel l'enfant rejeta les aliments pris avant l'accident et beaucoup de bile, mais pas de monnaie.

Appelé le lendemain, je trouvai l'enfant pâle, de mauvaise humeur; les parents m'informèrent qu'ils lui avaient donné à plusieurs reprises de l'huile de ricin, mais sans résultat.

Pour m'assurer que le corps étranger ne se trouvait pas dans l'œsophage, j'introduisis la sonde. L'opposition violente de l'enfant m'empêcha de faire un examen suffisant, bien qu'il me fût impossible de constater la présence d'un corps étranger.

Toute une semaine durant, l'enfant fut soumis à un régime exclusivement lacté et liquide; la déglutition n'en était pas moins douloureuse, car malgré les assurances de l'enfant que rien ne lui faisait mal, elle éclatait en sanglots dès qu'elle devait avaler quelque chose, et en général ne prenait de la nourriture qu'avec répulsion.

De ces symptômes, je conclus que le corps étranger devait encore se trouver dans le gosier, et, la petite fille ne se laissant pas examiner, je résolus d'appeler en consultation le professeur Kosinski, afin de chloroformer la malade et de l'examiner ensemble encore une fois.

L'exploration avec la sonde nous convainquit que le corps étranger se trouvait à la hauteur du tiers supérieur de l'œsophage.

Il fallut donc introduire des pinces convenablement rapprochées, et, quoique mon confrère et ancien maître ne pût saisir d'emblée l'objet recherché, le contact de l'instrument provoqua une si forte quinte de toux, qu'après l'extraction de l'instrument l'enfant rejeta immédiatement un objet que je trouvai dans la cuvette.

Qu'on juge de notre étonnement en trouvant, au lieu de la pièce de monnaie présumée, une bande de caoutchouc vul-

canisé d'une teinte blanchâtre, de quatre centimètres de longueur, un de largeur, et de trois millimètres d'épaisseur.

Les bords durs et tranchants de cette bande et son élasticité nous expliquèrent suffisamment la difficulté de l'extraire, ainsi que le résultat négatif de mon premier examen à l'aide de la sonde molle.

Il est probable que cette bande s'étant attachée le long de l'œsophage, il m'a été impossible de la trouver à l'aide de la sonde molle, tandis qu'une sonde métallique, employée lors de notre seconde exploration, nous en confirma la présence.

La petite malade ayant déclaré avoir avalé une pièce de trois gros, précédemment vue dans sa main et qui avait disparu depuis, nous induisit tous en erreur, d'autant plus que personne n'avait vu dans les mains de l'enfant le morceau de caoutchouc découvert d'une façon si inattendue. N'était la douleur lors de la déglutition, qui eut pour résultat de nous faire répéter l'examen à la sonde et le rejet du corps étranger lors de l'introduction des petites pinces, les conséquences de cet accident auraient pu être très fâcheuses, les bords acérés du corps étranger étant à même de causer la suppuration, et par suite la perforation des parois de l'œsophage.

Observation V

Le 19 octobre 1883, mes confrères MM. Jawdynski et Sztejner me firent l'honneur de m'appeler à l'hôpital Saint-Esprit, auprès d'un petit garçon menacé de suffocation à la suite d'un fragment d'os avalé de travers et figé dans le larynx.

Joseph Koltyn, âgé de six ans, fils d'ouvrier, fut amené par sa mère à la clinique chirurgicale externe de l'hôpital Saint-Esprit; cette femme raconta que, la veille, l'enfant, en mangeant une soupe au gruau, avait par accident avalé un morceau d'os, égaré dans le bouillon.

Le petit eut immédiatement des quintes de toux suffocante, se plaignit d'une douleur vive et térébrante au moment de la déglutition, douleur limitée à un seul endroit. La nuit fut inquiète, le sommeil de l'enfant fréquemment interrompu par une respiration difficile, saccadée, soufflante et sifflante à la fois *(respiratio stenotica)*.

Le lendemain, ces bruits, qui avaient un peu diminué, reprirent de plus fort lorsque l'enfant fut fatigué, ou après

l'exploration digitale, qui permit de constater la présence d'un fragment d'os à rebord tranchant, arrêté derrière l'épiglotte, mais que faute d'instruments spéciaux il fut impossible d'extraire immédiatement.

A mon arrivée, l'exploration digitale me permit de confirmer le diagnostic de mes confrères : c'était bien un fragment d'os, affilé, tranchant, pour ainsi dire, incrusté derrière le tubercule de l'épiglotte (de Morgagni), qu'il était impossible non-seulement d'enlever, mais même d'ébranler à l'aide du doigt.

Après avoir préparé tout ce qui était nécessaire pour la trachéotomie, l'enfant fut chloroformé, la bouche maintenue ouverte à l'aide d'un dilatateur et la langue tirée en dehors à l'aide des doigts.

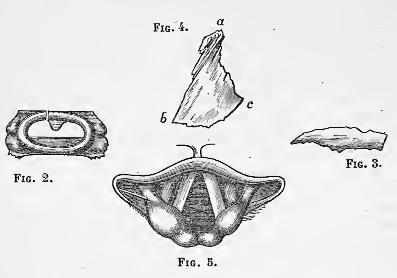


Fig. 4.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 5.

L'exploration par le laryngoscope me permit de constater la présence d'une lamelle osseuse, plate et triangulaire, qui avait pénétré entre les cordes vocales et y avait pris une position verticale, de manière à ne rendre visible que son rebord mince, terminé par un prolongement de peu de largeur. Cet obstacle n'entravait donc la respiration que très légèrement. Un bout de cette lamelle osseuse s'était implanté dans la partie postérieure du larynx, légèrement gonflé au-dessous des cordes vocales, tandis que le bout antérieur s'était figé immédiatement au-dessous de l'angle antérieur de ces cordes.

Les pinces de Türch, introduites à plusieurs reprises, glissaient sur la surface polie du fragment osseux, et ne pouvaient le saisir et le ramener. Ce ne fut qu'après l'avoir saisi plus loin du bord, et en faisant des mouvements de traction en haut et en arrière, que j'ai pu dégager le bord postérieur de l'os, et l'extraire en entier.

C'était, ainsi que l'indique la figure 4, un fragment d'os plat, triangulaire, dont la base mesurait 15 millimètres. Un des deux côtés présentait une longeur de 18, l'autre de 28 millimètres.

Le sommet de ce triangle (*a*) formait un prolongement de 4 millimètres de largeur, un peu plus gros que le reste de l'os.

Les deux angles inférieurs (*b*, *c*) étaient aigus et tranchants, et ce sont eux justement qui s'étaient incrustés dans les parois du larynx, tandis que le sommet touchait au tubercule de l'épiglotte.

L'extraction terminée, les symptômes cyanotiques qui commençaient à se développer cessèrent immédiatement; la respiration, momentanément interrompue, redevint normale, et l'enfant recouvra la présence d'esprit.

Nous recommandâmes l'application de compresses glacées sur le cou, ainsi que l'emploi d'une solution pulvérisée d'acide phénique au centième.

La nuit, la fièvre atteignit 39° C. Il y eut quelques symptômes d'œdème et de rétrécissement du larynx, des sifflements et des râles; tout cela cependant cessa vers le matin; la toux larnygée se prolongea encore quatre jours, puis diminua, la déglutition cessa d'être douloureuse, et l'enfant, guéri, quitta l'hôpital après cinq jours de traitement.

DISCUSSION

M. Baratoux est d'avis qu'avant tout essai d'extraction d'un corps étranger du larynx l'on s'assure tout d'abord, quand on le peut, au moyen du laryngoscope, de la nature et de la position de l'objet. S'il s'agit de perles, de fragments d'os, de pièces de monnaie, etc., il est bon de faire mettre le malade la tête en bas et de le frapper sur le dos, car, dans cette position, le corps étranger a pu souvent tomber dans la bouche du patient et par suite sortir facilement. Si un corps piquant, une aiguille par exemple, s'est engagée dans

le larynx et s'est enfoncée dans les parties charnues, on pourrait avoir recours à un aimant, comme l'a conseillé Voltolini, et, dans les cas de non réussite, employer la pince, comme le Dr Hering l'a fait dans le cas précédemment relaté. Au reste, pour l'extraction de corps étrangers, il faut se rappeler que le larynx présente, après les vomissements déterminés par l'examen laryngoscopique prolongé, une insensibilité qui permet de profiter de ces quelques secondes de répit pour tenter fructueusement l'extraction de corps étrangers.

Il est des cas où l'on doit anesthésier le patient, comme l'a dit M. Hering et comme M. Schrötter l'a fait pendant notre séjour à sa clinique pour l'extraction d'une coquille d'œuf qu'avait avalée un enfant de cinq ans.

Mais il arrive qu'on ne peut pas toujours pratiquer l'examen laryngoscopique ; c'est, au reste, le cas de la plupart de nos confrères; aussi, si le corps n'est pas expulsé par la méthode dont j'ai parlé en premier lieu, ou si les phénomènes d'asphyxie sont imminents, il faut pratiquer la trachéotomie, car il n'est pas prudent d'aller pratiquer des manœuvres dans le larynx, sans voir ce que l'on fait, surtout lorsqu'il s'agit de corps étrangers qui, par leur déplacement, pourraient amener la mort du patient, comme cela est arrivé maintes fois.

Cependant, quand il n'y a pas urgence à faire l'extraction, surtout lorsqu'on ne peut constater *de visu* la présence et la position du corps étranger, il est bon d'attendre l'arrivée d'un confrère plus expérimenté. On cite, en effet, des cas où un os, par exemple, a pu rester deux mois dans une bronche sans occasionner aucun accident.

M. Moura a communiqué il y a quelques années à l'Académie de Médecine une observation dans laquelle une jeune fille de sept ans avait avalé une épingle en jouant. Cette épingle s'était arrêtée dans la gorge, et l'extraction avait été essayée plusieurs fois à l'aide de pinces. L'épingle était solidement fixée, avait été déplacée à la fin, avait glissé entre les pinces et avait été avalée par la malade. Elle fut rendue le treizième jour dans les garde-robes.

Il est aussi de l'avis de M. Hering pour donner la préférence à la sonde métallique dans le cathétérisme de

l'œsophage. Lorsque l'on donne du chloroforme, ajoute-t-il, il faut placer le malade dans une position qui empêche le corps étranger de tomber dans la trachée.

M. Aysaguier rapporte qu'il a vu M. le professeur Schrötter employer l'anesthésie locale.

M. Baratoux dit que M. Schrötter préfère l'usage du chloroforme; c'est du reste l'opinion qu'il émet dans un travail récemment publié.

Laryngo-fantôme du Dr J. Garel,

Ex-chef de Clinique médicale à la Faculté de Lyon.

L'appareil que j'ai l'honneur de présenter aux Membres de la Société française d'Otologie et de Laryngologie est un perfectionnement de celui que M. le professeur Labus, de Milan, avait déjà présenté au Congrès de Londres. C'est un instrument à réaction électrique permettant de contrôler l'habileté acquise par les élèves.

La première partie ne diffère en rien de la disposition adoptée par M. Labus. Elle est destinée à apprendre à franchir le conduit bucco-pharyngien sans provoquer le moindre réflexe, accident fréquent, on le sait, pour les opérateurs inexpérimentés.

Pour atteindre ce but, M. Labus a construit le conduit en métal. L'orifice représentant la bouche est muni d'une valve maintenue ouverte par un électro-aimant, en rapport avec une pile électrique. Le porte-cautère est une tige métallique, à courbure laryngienne, recouverte de caoutchouc dans toute son étendue, sauf à la pointe. Cette tige est d'ailleurs également reliée à la pile par un conducteur. On conçoit, dès lors, que toutes les fois que le porte-cautère ne sera pas introduit directement dans l'axe de la cavité, la pointe conductrice du courant heurtera les parois de l'appareil; le courant sera aussitôt fermé, la porte buccale basculera et l'élève sera dans l'impossibilité de terminer son opération.

Tel est le dispositif que j'ai adopté dans mon appareil; mais cela ne suffit point d'arriver à pénétrer jusqu'au larynx sans provoquer de réflexes. J'ai été naturellement amené à construire un appareil plus complet qui permît, en outre,

d'apprendre à toucher tel ou tel point désigné d'avance et d'avertir du moment précis où le but était atteint (1).

J'ai moulé un larynx sur le cadavre, et, sur divers points (il y en a huit dans mon appareil, mais ce nombre peut être augmenté à volonté), j'ai placé de petites plaques rondes en cuivre, à peine de 2 millimètres de diamètre.

Ces plaques sont montées chacune sur une tige conductrice cachée dans l'intérieur de la composition dont est formé le larynx artificiel. Toutes ces tiges isolées les unes des autres viennent sortir à la partie antérieure du larynx. Chacune porte une plaque numérotée répondant à un numéro d'ordre indiqué sur une image glottique placée en avant de l'appareil. L'image porte ainsi huit points numérotés simulant des lésions situées en diverses régions du larynx.

On peut alors à son choix articuler avec une sonnerie électrique telle ou telle région parfaitement définie. Si l'on introduit le porte-cautère avec succès sans faire basculer la valve buccale, on arrive sur le larynx; mais pour entendre la sonnerie électrique, il faut parvenir à toucher exactement le point désigné d'avance.

J'ai déjà depuis deux ans employé avec succès cet instrument dans des conférences pratiques de laryngologie à la clinique de mon excellent maître M. le professeur Lépine. Les élèves arrivent assez rapidement à un degré suffisant de précision pour les manipulations ordinaires de la laryngoscopie.

Le larynx moulé est mobile et peut être remplacé par un autre larynx dans lequel sont creusées de petites cavités cylindriques. Dans ces cavités on peut introduire des tumeurs artificielles très différentes de volume. Ce sont des espèces de clous à tête plus ou moins grosse, formés d'un mastic résistant. Ces polypes simulés peuvent être enlevés soit avec les pinces laryngiennes ordinaires, soit encore avec la pince de Stoerk. Avec cette dernière pince on peut même recouvrir de caoutchouc le tube dont elle est formée et y adapter l'un des rhéophores de la pile; on est alors obligé, même en s'exerçant à l'extraction des polypes, d'éviter de toucher les parois de l'appareil, si l'on veut mener à bien l'opération.

(1) J'ai déjà publié (*Lyon médical*, 14 août 1881) une modification de l'appareil de Labus (avec planche); mais elle était beaucoup moins complète que celle de mon dernier appareil.

En résumé, nous croyons être arrivé à construire un appareil aussi complet que possible, permettant mieux que tous ceux connus déjà, non-seulement d'arriver à toucher un point précis du larynx, mais encore de fournir au professeur et à l'élève un contrôle rigoureux de la rapidité de l'opération.

Nous savons bien que l'appareil tel qu'il est construit actuellement est d'une forme assez grossière et qu'il est possible de le simplifier beaucoup. Mais M. Trouvé, l'habile ingénieur électricien, a bien voulu nous promettre son concours pour les appareils que nous aurions à construire dans la suite.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Note sur un cas d'ulcération de la langue; par le Dr Herbert.

Un malade vint consulter le Dr Herbert pour un mal qu'il avait à la langue depuis un an environ. A 3 ou 4 centimètres de la pointe de la langue on voyait une ulcération grisâtre, fournissant quelques gouttelettes d'un pus sanieux, large de 7 à 8 millimètres, reposant sur un noyau induré qui était le siège de douleurs très vives. Les dents étaient saines, sans rugosité ni pointes saillantes. Un stylet introduit dans la plaie donna la sensation d'un corps dur; une incision fut immédiatement faite et le corps du délit enlevé. C'était..... une couronne de dent molaire. Le patient se souvint alors qu'un an auparavant il s'était fait extraire, par un dentiste forain, une dent cariée. Ces artistes en plein vent, fait remarquer le Dr Herbert, croient devoir opérer à toute vapeur pour éblouir le public. Le dentiste aura d'abord saisi la langue avec le crochet, et la couronne cassée aura été violemment introduite dans le parenchyme de la langue. (Le *Concours Médical*, 2 février 1884.)

J. Ch.

L'extirpation du larynx tend-elle à prolonger la vie? *(Does excision of the larynx tend to the prolongation of life?)*; par le Dr Solis Cohen.

Que l'on puisse extirper le larynx sans occasionner la

mort, le fait est certain; mais que l'opération prolonge davantage la vie du malade qu'un traitement palliatif, n'est pas aussi évident. En effet, l'auteur expose une table comprenant 65 cas d'extirpations complètes du larynx, comprenant les statistiques de Mackensie, Foulis, Bruns et Burow. Quatre malades furent opérés pour des tumeurs bénignes, deux succombèrent au bout de quelques jours; les deux autres ont été opérés il n'y a pas encore très longtemps. Cinq fois le larynx fut enlevé pour des sarcomes et le résultat fut vraiment exceptionnel deux fois; dans le cas de Bottini, de Turin, le malade étant encore en bonne santé six ans après l'opération, et dans celui de Caselli, de Reggio-Emilia, dont le succès fut constaté deux ans après. Les autres malades vécurent environ sept, quinze et dix-sept mois et demi après l'opération. Sur 56 cas malades opérés pour des carcinomes, plus de 30 p. 100 périrent dans les huit jours qui suivirent l'opération et 62 1/2 p. 100 six mois après. Les statistiques démontrent que les premiers dangers à craindre sont le traumatisme opératoire et surtout la pneumonie. Après le quatrième mois l'on a à redouter les récidives.

Comparant alors les résultats que donne la trachéotomie, l'auteur arrive à conclure que l'extirpation du larynx, dans les cas de carcinome, ne prolonge pas la vie des malades, et pour sauver quelques rares patients on en sacrifie beaucoup d'autres. *(Trans. of the College of physicians,* séance du 4 avril 1883. Philadelphie.)

Le tamponnement du larynx comme moyen de prévenir la pneumonie dans la diphtérite; par le Prof. Bouchut.

Langenbuch, de Berlin, croit que les pneumonies si fréquentes dans la diphtérite sont dues pour la plupart à l'infection des poumons par les sécrétions du larynx. Dans le but d'isoler le larynx du poumon, il recommande le tamponnement de la trachée. Telle n'est pas l'opinion de Bouchut; la pneumonie ne peut être, dit-il, le résultat de l'écoulement des sécrétions pharyngées dans la trachée, car si les sécrétions coulaient dans les bronches il en résulterait des accès de suffocation terribles. Si la théorie de Langenbuch n'avait pas une sanction pratique, il n'y aurait pas lieu de s'y arrêter; mais, comme elle amène la trachéotomie préventive et le

tamponnement du larynx, il faut faire des réserves à cet égard.

La pneumonie du croup peut résulter, après la trachéotomie, de l'air froid et des poussières, mais surtout des thromboses cardiaques qui envoient, par l'artère pulmonaire, des granules microscopiques de fibrine dans les poumons et forment la pneumonie embolique. Dans ces cas, le tamponnement du larynx, par la plaie de la trachée, ne peut avoir aucune action préventive. (*Paris Médical*, 2 février 1884.)

J. Ch.

Extraction d'une sangsue du larynx; par le Dr Ramon de la Sota y Lastra.

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de soixante quatre ans, qui fut admis à la policlinique de Séville, le 3 août 1883. Travaillant quelques jours auparavant dans la campagne et transpirant, il but un peu d'eau froide; quelques heures après, il crachait du sang. La déglutition et la respiration devinrent difficiles; il eut des accès de suffocation. Il n'est pas extrêmement rare de voir les gens qui boivent dans les cours d'eau d'Andalousie avaler une sangsue; mais, en général, la rapidité avec laquelle le sang s'écoule de la bouche et la sensation spéciale éprouvée par le malade, ne tardent pas à mettre sur la voie du diagnostic. Mais dans le cas actuel, vu le temps qui s'écoula avant l'apparition du sang et les antécédents tuberculeux du malade, l'attention ne fut point appelée de ce côté; aussi, après avoir examiné la poitrine, l'auteur fut-il étonné, en pratiquant l'examen laryngoscopique, de découvrir une sangsue fixée dans le larynx. Elle fut bientôt extraite avec une pince laryngienne, et le malade guérit rapidement.

De l'aphonie hystérique et de son traitement; par le Dr Gualdi.

Dans une note lue devant l'Académie royale de Médecine de Rome, le Dr Gualdi (*Lo Spallanzani*, fasc. I, II, 1883) raconte le fait suivant : Une sœur de charité, forte et en parfaite santé, était atteinte depuis trois ans d'une aphonie nerveuse rebelle à toute espèce de traitement; la région sous-maxillaire présentait divers points d'anesthésie cutanée, le

larynx était lui aussi atteint d'anesthésie. Le Dr Gualdi prescrivit la potion suivante : Assa-fœtida, 8 gr.; acétate d'ammoniaque, 30 gr.; sirop, 30 gr.; eau, 90. Une cuillerée à café toutes les heures. Le lendemain, l'aphonie persistait encore, mais la malade éprouvait une difficulté de parole moins grande; le jour suivant l'aphonie n'existe à peu près plus, mais la voix est rauque; le quatrième jour enfin, elle était devenue claire et sonore. Dans l'aphonie hystérique il existe un écartement des cordes vocales; il y a toujours du spasme des dilatateurs, bien que la maladie puisse avoir commencé par la paralysie des constricteurs. Le spasme des dilatateurs peut exister sans paralysie des constricteurs, jamais la paralysie sans le spasme. L'assa-fœtida est le remède souverain, parce que son action antispasmodique se porte directement sur le larynx, sur lequel il a une action élective. Le remède doit être administré à hautes doses et à de fréquents intervalles. (*London medical Record*, août 1883.)

J. Ch.

Angiome d'une corde vocale *(Angioma of the vocal cord)*; par le Dr L. Elsberg.

Notre savant collaborateur a présenté dernièrement à la *New-York Pathogical Society* (séance du 12 décembre 1883) une tumeur enlevée à un professeur de chant âgé de vingt-huit ans. Le néoplasme occupait la corde vocale droite, au niveau de la commissure antérieure; au laryngoscope, il paraissait avoir le volume d'un pois. L'examen micrographique révéla sa nature angiomateuse. Ces sortes de tumeurs fréquentes sur la peau sont beaucoup plus rares dans le larynx, puisque la littérature n'en contient encore que dix, dont deux signalés par cet auteur. (*Philadelphia méd. Times*, 29 décembre 1883).

Un cas remarquable de polype du larynx; par le Prof. Voltolini, de Breslau.

Il s'agit d'une opération faite au moyen de l'éponge, dans un cas de polype laryngé récidivé, qui fut enlevé une première fois par le Professeur Schnitzler pendant le sommeil anesthésique et dont nous avons déjà parlé. (Voir compte-rendu *in Rev. mens.*, p. 330, 1881 : *Première opération intra-laryngienne pendant le sommeil anesthésique; extirpation d'un polype du*

larynx chez un enfant de huit ans, par le Dr SCHNISTZLER.) Le polype avait donc repoussé, et un an après le malade vint trouver le Dr Voltolini pour subir une nouvelle opération au moyen de l'éponge.

M. Voltolini commence par introduire de petites éponges dans le larynx et réussit peu à peu à faire diminuer le polype. Lorsque l'éponge n'agissait plus, à cause de la grande résistance du reste du polype, M. Voltolini fit usage, avec succès, de sa fourchette laryngée. Le pédicule du polype fut détruit avec le galvano-cautère. Le garçon radicalement guéri jouit d'une voix parfaitement bonne. (*Separat-Abdruck aus der Monatsschr. für Ohrenh.*, etc., n° 6, 1883.)

L. BAYER.

Polype du larynx chez un enfant; conférence clinique du Dr Jules SIMON.

Sous ce titre, l'auteur publie l'observation d'un enfant atteint de dyspnée que l'on présenta à la consultation de l'hôpital des Enfants. La dyspnée était si intense, le sifflement trachéal si prononcé, que l'on aurait pu songer, tout d'abord, à un cas de croup très avancé. La marche de la maladie permit d'éloigner ce diagnostic, et M. Jules Simon pensa à de l'adénopathie trachéo-bronchique, avec phénomènes de compression. M. Labric, interne du service, ayant pu examiner l'enfant plus complètement, pensa qu'il s'agissait d'une laryngite très intense. Le malade ayant succombé à une diphtérie contractée à l'hôpital, l'autopsie permit de reconnaître l'existence de tumeurs papillaires siégeant dans le larynx.

Ainsi que le fait observer l'auteur, ce fait vient une fois de plus démontrer l'importance de l'examen laryngoscopique non-seulement dans les cas douteux, mais encore toutes les fois qu'il existe un peu d'enrouement ou la plus légère dyspnée. Cependant, nous ne saurions admettre que les polypes du larynx, chez les enfants, soient aussi exceptionnels que semble le dire le savant professeur, car les faits publiés jusqu'à ce jour, sans parler de la thèse du Dr Causit, sont déjà très nombreux. (*Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*, Janvier 1884.)

Observations de maladies de la gorge et du nez *(Clinical cases of diseases of the throat and nase)*; par le Dr Hunter Mackensie.

Le premier fait est l'histoire d'un enfant de quatre ans, atteint de rougeole, et dont la voix commença d'abord à s'enrouer, puis finit par disparaître, en même temps que la respiration s'embarrassait. L'examen laryngoscopique ne donnant pas de résultats satisfaisants, la trachéotomie dut être pratiquée, et l'enfant continua de garder sa canule tant que l'obstruction laryngienne ne fut pas absolument guérie.

Le second cas est celui d'un malade de cinquante ans, atteint de papillomes de la bande ventriculaire droite, qui furent enlevés par la méthode endo-laryngée, et chez lequel l'auteur constata également l'existence d'une paralysie de la corde vocale droite.

Dans le troisième fait, l'auteur rapporte en détail l'histoire d'un malade de cinquante ans, atteint d'une affection laryngienne, dont le diagnostic n'était pas net et permettait d'hésiter entre la syphilis et le cancer. Après la mort du malade et l'examen microscopique de l'organe, l'auteur semble se rattacher à la première de ces diathèses.

Enfin, la quatrième observation a pour but de démontrer la valeur incontestable et incontestée, je crois, du galvano cautère dans le traitement des polypes du nez et de l'hypertrophie de la muqueuse des fosses nasales. (*Edimb. Med. Journ.*, Octobre 1883.)

Rapport sur l'importance et le traitement des maladies du nez, lu à la Société des médecins de Vienne *(Ueber die Bedentung und Behandlung der Nasenkrankheiten)*; par le Dr W. Roth.

Le rapporteur donne d'abord un abrégé de l'histoire de la rhinoscopie, et fait remarquer, avec Voltolini, que parfois l'asthme, dont l'apparition avait coïncidé avec celle des polypes du nez, n'ayant pas complètement oblitéré les fosses nasales, disparaît après l'extirpation de ceux-ci. Il parle alors de deux cas observés par lui, et dans lesquels il s'agit d'accès d'asthme ayant plusieurs heures de durée, commençant toujours par un éternuement chez des malades présentant un gonflement de la muqueuse pituitaire. Celle-ci détruite au galvano-cautère, les accès ont disparu.

Hack a observé qu'un rapport existe entre les maladies du nez et celles des organes voisins.

Toute irritation de la membrane pituitaire, dit Roth, est suivie d'un gonflement des corps caverneux qui se trouvent entre la muqueuse et le périoste, et qui produisent une irritation secondaire, qui donne lieu à des réflexes de nature différente, si toutefois ces réflexes n'ont pas été causés par l'irritation primitive de la membrane pituitaire lorsque celle-ci est très intense. Pour détruire la membrane, Roth se sert aussi avec succès d'un crayon de nitrate d'argent qu'il a construit à cet effet. (*Wiener medic. Wochenschrift*, n° 50, 1883.) L. L.

De la toux nasale *(On nasal cough)*; par le Dr John Mackensie.

L'introduction, dans les fosses nasales, d'un instrument quelconque (sondes, pinces, stylet), etc., amène le plus souvent des accès de toux variable en intensité, suivant les individus, le point excité et la violence de l'excitation. Frappé de ce fait, le Dr John Mackensie, de Baltimore, fut amené à en rechercher les causes, et le résultat de ses expériences a été consigné dans un travail publié par l'*American Journal of the Medical Sciences* (juillet 1883).

S'appuyant à la fois sur des données expérimentales et sur des faits cliniques, Mackensie en est arrivé à conclure à l'existence dans les fosses nasales d'une zone sensible donnant lieu, sous l'influence d'excitations artificielles ou pathologiques, à une toux variant depuis une courte inspiration jusqu'à des accès paroxistiques d'une très grande violence.

L'excitation portée sur la partie antérieure de la cloison des fosses nasales ne donne aucun résultat; il en est de même pour les extrémités antérieures des cornets moyen et inférieur, et le patient ne ressent d'autre sensation que celle d'un corps étranger comprimant la muqueuse avec plus ou moins d'intensité. Tout autre est l'effet produit si l'excitation porte sur la partie postérieure des deux derniers cornets, du cornet inférieur en particulier. Il se produit alors des phénomènes réflexes variables en intensité, suivant la violence de l'excitation et la sensibilité particulière de chaque sujet ; le plus léger attouchement produirait des quintes de toux très violentes qui chez d'autres, ne se produisent que par une excitation forte et prolongée.

La clinique est venue confirmer les données expérimentales, et plusieurs fois Mackensie a vu la guérison de l'affection nasale amener la disparition des phénomènes pulmonaires. Il en donne plusieurs exemples. C'est tout d'abord une jeune femme fortement constituée, en proie à une toux férine, à des accès de dyspnée et des sueurs nocturnes qui faisaient craindre une tuberculose. L'examen des organes thoraciques ne donne pas de résultat; on ne trouve qu'une rhinite hypertrophique postérieure de chaque côté, compliquée d'une hyperostose des cornets inférieurs, oblitérant presque complètement les cavités. Un traitement approprié fit disparaître la lésion nasale et avec elle les phénomènes thoraciques. Les autres observations citées par Mackensie ne sont pas moins concluantes; nous ne les citerons pas toutefois, mais nous donnerons les conclusions de l'auteur. De ses expériences et des faits cliniques qu'il rapporte, il croit pouvoir conclure :

A l'existence dans les fosses nasales d'une zone bien définie dont l'excitation pathologique et expérimentale donne lieu à un acte ou à une série d'actes réflexes.

Cette zone sensible répond, suivant toutes probabilités, à cette partie de la muqueuse qui recouvre la partie postérieure des deux derniers cornets, notamment du cornet inférieur, et la partie correspondante de la cloison.

La toux nasale est produite par l'excitation de cette zone et d'une façon exceptionnelle par l'excitation des autres parties des fosses nasales.

La sensibilité varie avec les individus et dépend probablement du degré d'excitabilité plus ou moins considérable du tissu érectile.

La sensibité exagérée de cette zone peut jeter quelques lumières sur le rôle physiologique des corps érectiles. Ils seraient, en effet, comme des sentinelles laissant à l'air un libre passage, mais protégeant le pharynx contre l'entrée des corps étrangers, et les exhalations nuisibles. *(American journal of the Medical sciences*, juillet 1883.)

Telles sont les conclusions de Mackensie dans un article publié par l'*Union médicale* du 22 janvier 1884. Le docteur Longuet, analysant le travail du médecin de Baltimore, rappelle, en outre, les travaux du docteur Hack (de Fribourg), les observations de Seiler, sur le même sujet, et conclut avec tous ces auteurs à l'existence « d'une toux nasale dont

le point de départ est un état pathologique des voies nasales postérieures et dont un traitement local triomphe avec une très grande facilité. A la partie postérieure des cornets inférieurs et du septum siège une *zone tussigène* absolument comparable aux zones hystérogènes de certains névropates, aux zones épileptogènes, des cobiais, chez lesquels Brown-Sequard réalise une épilepsie expérimentale ».

Cette zone correspond exactement au domaine du rameau externe du nerf sphano-palatin et du rameau nasal du grand nerf palatin. L'excitation, dit Longuet, conduite du bulbe, est transmise aux nerfs respiratoires et détermine le spasme tonique des mêmes muscles, phase première de l'asthme ainsi qu'on l'obtenait dans les expériences de Schiff et Paul Bert. Ce mécanisme lui paraît plus plausible que l'explication empruntée par Mackensie à la physiologie de Brown-Sequard et cherchée dans l'hypothèse d'un réflexe vaso-moteur produisant, par l'intermédiane du ganglion cervical, une hyperémie laryngée cause immédiate de la toux (1).

J. Charazac.

Deux cas de polypes fibreux naso-pharyngiens opérés par la méthode de Gussenbauer *(Zur Gussenbauer'schen Operationsmethode in zwei Fallen von fibörsen Nasen-rachen-polypen)*; par le Dr J. Mikulicz, prof. à Cracovice.

M. Mikulicz a opéré récemment, avec succès, deux malades atteints de polypes naso-pharyngiens très volumineux par la méthode de Gussenbauer (incision de la muqueuse et du périoste de la voûte palatine, résection d'une partie de la voûte sur la ligne médiane, ablation de la tumeur par la cavité buccale et uranoplastique ultérieure).

Cette opération présente cet avantage qu'il est facile de triompher de l'hémorrhagie qui se produit au point d'insertion des polypes, et qu'on peut enlever radicalement la tumeur. Plus tard, si la récidive se produit, on peut l'apercevoir par la cavité buccale et opérer de nouveau. Cette méthode n'est suivie d'ailleurs d'aucune déformation, ni de lésion fonc-

(1) Voir encore sur le même sujet la thèse du Dr G. Moure : *Des rapports de certaines névroses, en particulier de l'asthme, avec les polypes muqueux du nez et des sténoses nasales en général.* Paris, O. Doin, édit. 1883.

tionnelle. Mikulicz a modifié cette méthode en ce sens que dans le premier cas l'incision portait sur le voile du palais tout entier, tandis que dans le second elle n'intéressait que sa partie antérieure. Il obtenait aussi plus d'espace et plus de clarté dans le champ de l'opération; mais il eut dans le premier cas de grandes difficultés à obtenir la réunion complète. Il recommande d'opérer les individus jeunes avec anesthésie complète la tête penchée en avant. Chez les malades plus âgés il est préférable que le malade soit assis et non anesthésié. (*Prager med. Wochenschrift*, 42, 43, 1883, et *Deutsche med. Ztg*, N° 4, 1884.)

Déviation de la cloison du nez (*Deflexion of the nasal septum and its treatement).*

Le Dr John Mackensie, pense que ces sortes de lésions sont souvent héréditaires et occasionnent soit des affections de l'oreille par l'irritation du pharynx, soit de l'ozène par rétention des produits secrétés. (*The med. Rec.* N. Y., 15 septembre 1883, et *Transact. of med. soc. Virginia*, 14me session, 1883.)

Résection partielle de la cloison des fosses nasales très déformée (*Partielle Resection der Nasenscheidewand bei hochgradiger Verkrümmung derselben*); par le Dr A. Hartmann.

L'opération n'est indiquée que s'il existe des complications. Si le passage de l'air est libre et s'il n'y a aucun inconvénient pour le malade, on ne doit pas la faire. Hartmann a opéré trois malades. Deux d'entre eux avaient un grand nombre de polypes, l'autre avait des attaques d'épilepsie causées par l'affection du nez. Dans le dernier cas, les convulsions cessèrent après l'opération; quant aux deux autres, il fut facile d'enlever les polypes. Dans ces trois cas, la déformation siégeait sur la partie antérieure de la cloison, et non-seulement sur la portion osseuse, mais encore sur la partie cartilagineuse. Les malades furent tous les trois anesthésiés par le chloroforme et opérés à l'aide de l'éclairage. L'opération, dans les deux premiers cas, donna lieu à une hémorrhagie considérable et pour cette cause dura fort longtemps.

Dans le premier cas, la muqueuse fut détachée et les parties sous-jacentes qui faisaient saillie furent nivelées

avec des ciseaux et des pinces à pansement. Les deux autres cas furent opérés sans ménager la muqueuse, ce qui n'empêcha pas d'obtenir un résultat favorable. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 52, 1882, et *Deutsche med. Ztg*, n° 4, 1884.)

L. L.

De la résection subpérichondrique de la cloison cartilagineuse des fosses nasales (*Ueber subperichondrale Resection der knorpeligen Nasenscheidewand*); par le Dr Petersen, prof. à Kiel.

A l'encontre de Jurasz, Petersen recommande pour l'opération des déformations de la cloison des fosses nasales la méthode suivante, d'après laquelle il a traité trois cas avec succès. Le malade étant anesthésiée et la narine tenue très ouverte à l'aide de petits crochets, on fait du côté convexe de la cloison, avec un couteau à lame très étroite, une coupe verticale aussi en arrière que possible et intéressant en haut toute la partie du nez qu'on veut réséquer. On fait alors d'arrière en avant une coupe horizontale correspondant au bord inférieur du cartilage de la cloison, puis une dernière coupe verticale correspondant à la partie antérieure de la narine. On a ainsi circonscrit un lambeau ayant la forme suivante :

|_____|

Les coupes comprennent tous les tissus situés au-dessus du cartilage. La compression entre le pouce et l'index, quelques instants prolongée, suffit pour arrêter l'hémorrhagie.

On détache alors avec un élévatoire la couche de muqueuse; on coupe le bord inférieur du cartilage, et à travers l'orifice ainsi obtenu on détache la muqueuse opposée. Cela fait, on résèque avec des ciseaux le cartilage détaché des deux côtés, et on coud aux angles le lambeau. On saupoudre la plaie d'iodoforme et d'alun, et on continue ce pansement jusqu'à complète cicatrisation. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 22, 1883, et *Deutsche med. Ztg.*, n° 4, 1884.)

L. L.

Sur un cas d'affection partielle du labyrinthe à la suite des oreillons (*Ein Fall von partieller Labyrinthe affection nach Mumps*); par le Dr Moos, professeur à Heidelberg.

Dans ces dernières années seulement, fait remarquer le Dr Moos, on trouve dans la littérature médicale des obser-

vations de troubles de l'ouïe consécutifs à des oreillons. Toynbee, Buck, Roosa, Burnett, Brunner, Knapp, Calmettes, Moure, Seitz, Bürkner, Seligsohn et lui-même, ont cité des cas de cette complication. Les observations les plus récentes sont dues à Lemoine et Lannois, à Haslon et à l'auteur lui-même, et au point de vue de la genèse ces dernières sont de toutes les plus importantes.

Dans le cas de Lemoine et Lannois, il existait déjà, quatre jours avant, du gonflement de la face et de violentes douleurs localisées surtout au fond des oreilles; la surdité, tout d'abord considérable, devint bientôt complète. Dans le cas de Haslon, un jour après le gonflement parotidien survint une surdité complète du même côté, et dans le cas de Moos il s'agit d'un garçon de treize ans chez lequel l'ouïe était abolie à gauche depuis l'âge de quatre ans et très amoindrie à droite.

Dès le début des oreillons, la surdité de l'oreille droite s'accrut, et quatre ou cinq jours après il n'entendait plus la parole. A l'examen fonctionnel, à droite, la perception crânienne à la montre et pour les diapasons (c, c') existait, mais non pour le diapason *a*. Ce qui démontre que les fibres nerveuses situées auprès de la fenêtre ronde qui sont les fibres chargées de transmettre les sons élevés, étaient lésées, tandis que celles chargées de transmettre les sons les plus graves et qui se trouvent dans les circonvolutions supérieures du limaçon, fonctionnaient encore. Dans ces trois cas on voit apparaître l'affection du labyrinthe au début des oreillons.

Aussi Moos ne croit pas devoir accorder à l'affection labyrinthique une origine métastatique, mais accepter avec Lemoine et Lannois l'opinion de Colin (hôpital Val-de-Grâce), d'après lequel les oreillons seraient une affection générale qui n'a pas des complications, mais qui d'ordinaire a des manifestations habituellement locales telles que : le gonflement des parotides, l'orchite, la prostatite, la mammite, l'ovarite, la néphrite, les affections du cerveau, des yeux et aussi des oreilles, et dont le substratum anatomo-pathologique consisterait en une exsudation. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1884.)

L. L.

3me CONGRÈS OTOLOGIQUE INTERNATIONAL

Qui se tiendra à Bâle du 1er au 4 Septembre 1884

Monsieur et honoré Confrère,

Après le premier congrès otologique international qui a eu lieu à New-York en 1876, le deuxième a tenu ses séances à Milan, du 6 au 9 septembre 1880. Pendant cette dernière réunion, il fut décidé à l'unanimité, sur la proposition de M. le professeur *Politzer*, que le **troisième Congrès aurait lieu à Bâle au commencement du mois de septembre 1834.** En même temps, on procéda à la nomination d'un comité organisateur dont on nomma membres MM. *Burckardt-Mérian* (président), *Hartmann*, *Löwenberg*, *Menière*, *Politzer* et *Sapolini*. Ce comité fut autorisé à s'adjoindre d'autres savants.

La première réunion du comité organisateur eut lieu à Paris, le 18 mars 1883. Il y fut décidé de fixer la date du congrès du 1er au 4 septembre 1884. Cette époque parut convenir le mieux, attendu que le congrès international des sciences médicales tiendra ses assises à Copenhague du 10 au 16 août 1884, et que le comité croit pouvoir supposer qu'une partie des confrères spéciaux venus d'Amérique et d'autres contrées éloignées pour se rendre à Bâle voudront, auparavant, assister à la réunion de Copenhague, ce qui leur sera possible par suite de la fixation du congrès otologique à l'époque sus-indiquée.

Le comité s'est adjoint MM. *Dalby* et *Urban Pritchard*, de Londres, M. *Blake*, de Boston, et M. *Roosa*, de New-York, qui tous ont accepté.

Les soussignés ont l'honneur d'inviter cordialement tous les confrères en-deçà et au-delà de l'Océan à participer au congrès de Bâle, dont le but est de faire progresser notre science par l'échange des idées et de rapprocher les uns des autres les spécialistes en les mettant en rapports personnels.

On est prié de faire connaître, jusqu'au 15 mai 1884, les sujets sur lesquels on désire faire des communications. En dehors de celles-ci et des discussions, il est très désirable qu'il soit fait des démonstrations d'instruments et de préparations macroscopiques et microscopiques.

Les confrères désireux d'assister au congrès sans avoir l'intention d'annoncer des communications, sont priés de faire savoir leur intention à cet égard afin de permettre au comité de connaître à temps le nombre probable de visiteurs.

Au commencement de juin 1884, le programme détaillé du congrès et des communications annoncées sera envoyé à tous les confrères qui auront manifesté l'intention de prendre part au congrès.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, les salutations cordiales du Comité organisateur du troisième congrès otologique international :

Alb. Burckhardt-Mérian, à Bâle, président.
C. J. Blake, à Boston.
W. B. Dalby, à Londres.
A. Hartmann, à Berlin.
B. Lowenberg, à Paris.
E. Menière, à Paris.
A. Politzer, à Vienne.
Urban Pritchard, à Londres.
St. J. Roosa, à New-York.
G. Sapolini, à Milan.

Toutes les communications concernant le congrès doivent être adressées à M. le Dr Burkhardt-Mérian, à Bâle.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

BOUCHER. — Abcès rétro-pharyngien d'origine traumatique (*Arch. Ital. di Laringol.*, 15 Janvier 1884, nº 3).

MASINI. — De la guérison de quelques maladies pharyngo-laryngiennes (*Arch. Ital. di Laringol.*, 15 Janvier 1884, nº 3).

STOKES (William, — Contribution à l'étude de la pathologie chirurgicale des joues, de la langue et du voile du palais (*The Dublin Journ. of. Med. Sc.*, 1er Novembre 1883).

Nez.

CRESWELL BABER. — Remarques sur l'inspection de la cavité nasale (*Med. Times and Gaz.*, 26 Janvier 1884).

LEGAT (E.). — Des sinus nasaux et du conduit naso-lacrymal des vertébrés amniotiques. Institut anatomique de Breslau (*Morpholog. Fahrb.*, Bd VIII, 1882, *Forbschr. d. Med.*, 1883, nº 5).

VINCENZO COZZOLINO. — Mixo-fibromes multiples du vestibule des fosses nasales (*Arch. Ital. di Laringol.*, 15 Janvier 1884, nº 3).

Larynx.

GOUGUENHEIM. — Aphonie nerveuse chez un tuberculeux. Ecartement permanent des cordes vocales inférieures. (*Annales des mal. de l'or. et du lar.*, nº 5, 1883).

GOUGUENHEIM. — Aphonie nerveuse chez un tuberculeux. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, nº 5, 1883).

PILLOT. — Ataxie locomotrice progressive, troubles fonctionnels de la voix, accès de suffocation, mort dans le marasme (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, nº 5, 1883).

WADHAM. — Anévrysme de la carotide primitive gauche occasionnant un accès mortel de spasme de la glotte; absence complète de signes sthétoscopiques; autopsie (*The Lancet*, 9 Février 1884).

Trachée.

CAPUTI. — Sur un cas de trachéosténose. (*Arch. Ital. di Laringol.*, 15 Janvier 1884, nº 3).

SCHMITZ (O.), à Dortmund. — La trachéotomie ou le tubage de la trachée du nouveau-né asphyxié (*Deutsche medicinal Ztg.*, nº 27, 1883).

Oreilles.

DALBY. — Du résultat de l'inflammation de l'oreille moyenne (*The Lancet*, 19 Janvier 1884).

EITELBERG. — De la température du conduit auditif externe (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, 16 Novembre 1883).

EMERSON. — De l'examen de l'oreille à l'aide du diapason (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, 16 Novembre 1883).

HEDINGER. — Contribution à l'étude de la pathologie et de l'anatomie pathologique de l'oreille (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, 16 Novembre 1883).

JACQUEMART. — Rapport sur les causes de la surdi-mutité, et les moyens d'en diminuer la fréquence (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, nº 5, 1883).

JEGU. — De la syphilis de l'oreille (*Thèse Paris*, 1884).

KNAPP. — Trois cas d'affections graves de l'apophyse mastoïde avec quelques remarques (*Zeitsch f. Ohrenh.*, 16 Novembre 1883).

KRAKAUER. — De l'examen des oreilles *(Deutsche Mediz. Zeit.*, nos 8 et 9, 28 et 31 Janvier 1884).

LANGE (Victor). — Otite moyenne suppurée aiguë (*Bidrac til læren om den acute suppurative Betændelse i Mellemoret*, Copenhague,1884).

MOPURGO. — Contribution à l'étude de l'otite moyenne suppurée qui accompagne la tuberculose (*Bollett. delle malat. dell' Orech*, etc., n° 6, 1er Novembre 1883).

PUJOL. — De l'influence des maladies du nez et du pharynx sur la production des maladies de l'oreille moyenne (Thèse Paris, Février 1884).

SUGNÉ et MOLIT. — De l'otorrhée en général *(Anales des Olol. y Lar.*, n° 9, Septembre 1883).

TEILDEN BROWN. — Un cas d'abcès de l'apophyse mastoïde accompagné de perte de la sensibilité, de gonflement et de chaleur au niveau des téguments de la partie atteinte. Douleurs au niveau de la protubérance occipitale, trépanation, guérison. Erysipèle pendant la convalescence. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, 16 Novembre 1883).

Varia.

ASTLEY-GRESNWELL. — Du traitement consécutif à la trachéotomie *(The Lancet*, 19 Janvier 1884).

COZZOLINO (Vincenzo). — Les scarifications, le raclage, le thermo-cautère et la galvano-caustie dans les maladies de la peau, du nez, de l'oreille et de la muqueuse naso-pharyngienne (Etude historique). (*Giorn. di Clinica e. terap.*, Janvier 1884., fasc 1).

FREUND. — Relations de la glande thyroïde avec les organes sexuels de la femme (*Deutsche Zeitschrifs für Chirurgie*, Bd XVIII, p. 213).

GENDRON. — Kyste suppuré du corps thyroïde, accès de suffocation, thyréoïdectomie, guérison (*Annales des mal. de l'or. et du larynx*, n° 3, Juillet 1883).

O. HEUBNER. — La diphtérie experimentale. (Mémoire couronné). (*Leipsig, Veit et Ce*, 1883, et *Centrabl. für Chir.*, n° 42, 1883).

HEUSCHEEL. — Cancer de l'œsophage (*Philadelph. Med. Times*, 1er Décembre 1883).

HILLER. — Traitement de la diphtérie avec le brome (*Deutsche Med. Wochenschr.*, n° 22, 1883).

KNAPP (H). — Exostose de l'ethmoïde (*Philadelph. Med. Times*, 1er Décembre 1883).

KOSTEWEG (J.-A.). — Le croup en Hollande *(Nederlandsch Fijschwift voor Geneeskunde* 1882, et *Centralbl. f. chir.*, n° 42, 1883).

LELOIR. — Note sur l'anatomie pathologique et la nature du psoriasis lingual *(Progr. méd.*, 15 Décembre 1883).

MORELLI. — Epithélioma et syphilis de la langue (*Rivista clinica e terapeut.* 6me année, n° 2,1884).

RENOU. — Application de la méthode antiseptique au croup et à l'angine couenneuse (*Gaz. des Hôp.*, 9 février 1884).

STOKER. — Un cas de langue noire (*The Lancet*, 9 Février 1884, p. 253).

WORTHINGTON. — Un cas de goître congénital guéri à l'aide d'une simple application de bi-iodure de mercure *(The Med. Rec.*, N.-York, 29 Décembre 1883).

WYETH. — Extirpation d'une glande thyroïde hypertrophiée par la ligature élastique (*Philadelphia med. Times*, 29 Décembre 1883, p. 262).

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.